

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936 — N° 30

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT
DE
L'INVERSION UTÉRINE PUERPÉRALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 11 Décembre 1935

PAR

Félix-Antoine TORRESI

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à Lure (Haute-Saône,) le 16 Décembre 1907

Examineurs de la Thèse

MM. ANDÉRODIAS, professeur..	<i>Président,</i>
PÉRY, professeur.....	
FAUGÈRE, agrégé.....	<i>Juges.</i>
RIVIÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES

143, Rue d'Arès

1935

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936 — N° 30

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT
DE
L'INVERSION UTÉRINE PUERPÉRALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 11 Décembre 1935

PAR

Félix-Antoine TORRESI

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à Lure (Haute-Saône,) le 16 Décembre 1907

Examineurs de la Thèse

{	MM. ANDÉRODIAS, professeur..	<i>Président.</i>
	PÉRY, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
	FAUGÈRE, agrégé.....	
	RIVIÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES

143, Rue d'Arès

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen..... M. MAURIAC.
 Assesseur..... M. LABAT.
 Doyen honoraire..... M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

MM			MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Clinique chirurgicale in-	
Clinique chirurgicale.....	DUPÉRIÉ.	fantile et orthopédie....	ROCHER
Clinique chirurgicale et sy-	BÉGOUIN.	Clinique médicale des ma-	CRUCHET
nécologique.....	GUYOT.	ladies des enfants.....	DELAUNAY
Pathologie et thérapeuti-	CARLES.	Chimie biologique et mé-	
que générales.....	ANDÉRODIAS.	dicale.....	SIGALAS.
Clinique d'accouchements.	SABBAZES.	Physique médicale et phar-	BONNIN
Anatomie pathologique et	VILLEMIN.	macéutique.....	PETGES.
microscopie clinique....	G. DUBREUIL	Médecine coloniale et cli-	DUVERGEY
Anatomie.....	LEURET.	nique des maladies exoti-	
Anatomie générale et his-	LANDE	ques.....	ABADIE
tologie.....	RECHOU	Clinique des maladies cuta-	PORTMANN.
Hygiène.....	CHÉLÉ.	nées et syphilitiques....	LABAT
Médecine légale et déon-	GOLSE.	Clin. des mal. des voies urinaires..	CREYX
tologie.....	DUPOUY	Clinique des maladies ner-	N.
Electroradiologie et clin.	MANDOUL	veuses et mentales....	
d'électricité médicale..	AUBERTIN.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie ..	
Chimie.....	TEULIÈRES.	Toxicologie et hygiène ap-	
Botanique et matière mé-		pliquée.....	
dicale.....		Hydrologie thérapeutique	
Pharmacie.....		et climatologie.....	
Zoologie et parasitologie.		Clinique dentaire.....	
Médecine expérimentale..			
Clinique ophtalmologique.			

LACOSTE (Histologie), PÉRY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales)

PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGREGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
Anatomie	DUBECO.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
Anatomie	DUFOUR.		LOUBAT.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIERE.
		Ophthalmologie	BEAUVIEUX
		Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
Médecine générale.....	DAMADE	Dermatologie et syphillogra-	
	PIECHAUD	phie.....	JOULIA.
	DELMAS-MARSALET.	Physique médicale.....	WANGERMEZ
	DE GRAILLY	Chimie générale pharmaca-	
	FONTAN	eutique et toxicologie..	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Physiologie.....	FABRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Physique médicale et pharmaceutique ..	WANGERMEZ.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Botanique.....	GIRARD.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Médecine légale.....	DÉRVILLÉE.
Puériculture.....	FAUGÈRE.	Bactériologie.....	MOUREAU.
Pharmacie chimique.....	VITTE.		
Optalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.		M. CABANNES (en congé).	
		N.	

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE.

A MA MERE.

A MON FRERE.

A TOUS LES MIENS

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX.

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES.

A MES CAMARADES.

A MES JUGES.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GABRIEL PERY,
Chef de Clinique Obstétricale à la Faculté de Médecine.

Nous le remercions des nombreux
conseils qu'il nous a donnés.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN,
*Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales.
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction Publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 2^e CLASSE BRUN,

*Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes Coloniales.*

Officier de la Légion d'honneur,

Croix de Guerre,

Officier de l'Instruction Publique.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDERODIAS,

Professeur de Clinique d'Accouchements,

Accoucheur des Hôpitaux,

Officier de la Légion d'honneur,

Croix de Guerre,

Officier de l'Instruction Publique.

Qui nous inspira notre sujet de
thèse.

Qu'il nous soit permis de le remer-
cier pour le très grand honneur
qu'il nous fait en acceptant la prési-
dence de ce travail.

Contribution à l'Etude du Traitement de l'Inversion Utérine Puerpérale

INTRODUCTION

L'inversion utérine est le retournement de l'utérus en doigt de gant de telle sorte que le fond déprimé vient faire une saillie plus ou moins forte soit dans l'intérieur de la cavité utérine, soit dans le vagin.

L'inversion utérine s'observe en clinique sous deux formes : l'inversion d'origine puerpérale, l'inversion d'origine néoplasique.

L'inversion d'origine néoplasique est celle qui complique les polypes fibreux ou fibro-sarcomateux insérés sur le fond de l'utérus.

C'est uniquement de l'inversion d'origine puerpérale, que nous nous occuperons ici, c'est-à-dire de celle qui survient après l'accouchement. Cet accident ne peut se produire que lorsque les parois de l'utérus ont été amincies ou distendues par le développement de son contenu. Le développement de l'œuf laissant après son expulsion une large cavité utérine à parois souples est une condition éminemment favorisante. On

pourra l'observer soit au moment de la délivrance, soit pendant les suites de couches.

Le but de notre modeste travail est d'étudier ce qui intéresse le traitement de l'inversion utérine d'origine puerpérale. Nous n'avons pas la prétention d'apporter quelque chose de nouveau sur la question ; notre travail est plutôt une mise au point.

Avant d'aborder le traitement de l'inversion utérine puerpérale, nous rappellerons brièvement le mécanisme et la symptomatologie de cette complication.

Monsieur le Professeur Andérodias eut l'extrême obligeance de nous suggérer ce sujet de thèse. Qu'il veuille bien accepter ici l'expression de notre vive gratitude pour les conseils précieux et les indications qu'il nous a prodigués au cours de ce travail.

CHAPITRE I.

ETIOLOGIE. — PATHOGENIE

L'inversion utérine puerpérale est une complication grave mais heureusement rare, puisque d'après les statistiques des maternités nous trouvons des chiffres très faibles. Belin rapporte 1 cas sur 190.000 accouchements, Crosse et Reeves 1 cas sur 140.000 ; Playfair 1 cas sur 190.000 ; Hardy et Mac Clintock pas un sur 74.000 ; Braun à Vienne pas un sur 150.000 ; Samuel Gache n'en a rencontré aucun sur 4.500 accouchements, les deux cas qu'il a observés venaient du dehors. Pinard sur 60.000 accouchements n'en a pas trouvé, ceux qu'il a vu venaient de l'intérieur, Ribemont-Dessaigne et Lepage donnent dans leur précis d'obstétrique comme proportion 1 sur 180.000 accouchements.

V. de Aguilar (in Rev. d'Obst. e. Gynéc. du Brésil, n° 10, octobre 1927) juge que cet accident est plus fréquent au Brésil que dans les pays européens, du fait des manœuvres intempestives des sages-femmes ignorantes.

Néanmoins, l'inversion utérine d'origine puerpérale est la plus fréquente des inversions car sur 400 cas d'inversion, d'après Crosse, 350 sont survenus à la suite d'accouchements.

L'inversion utérine est rencontrée pendant et après la délivrance ; On a aussi noté des cas où elle se produit plus ou

moins longtemps après la délivrance. Dans ce cas, il existait une inversion peu apparente qui s'est accentuée ensuite et qui n'est devenue visible que longtemps après.

Des statistiques de 47 auteurs, Albanno, montre que le plus grand nombre des inversions utérines surviennent chez les primipares (34 primipares contre 27 secundipares et multipares dans la statistique de Vogel de 61 cas) et en particulier chez les primipares jeunes : dans plus de 78,7 % des cas (sur 224 cas) l'âge des parturientes était au-dessous de 30 ans.

Il est intéressant de noter ce facteur d'âge. Il est en effet surprenant que l'inversion utérine, que l'on interprète généralement comme résultant du relâchement de la matrice et de l'atonie de cet organe, survienne précisément le plus souvent chez des femmes jeunes, et qui plus est, parfois chez des femmes dont le travail a été très court et dont la force d'expulsion s'est révélée considérable.

Dès le début de l'histoire médicale, on a fait intervenir dans la pathogénie de l'inversion utérine les efforts violents faits par la femme ou les tractions sur le cordon ombilical. Mais on n'a pas tardé à se rendre compte que les tractions sur le cordon ombilical, à elles seules, ne sont pas capables de déterminer l'inversion. Le cordon en effet se rompt dès qu'on exerce une traction supérieure à 5 kg. 130 (Cuzzi), mais si le cordon occupe le centre du placenta, dans un utérus resté inerte depuis l'accouchement, une traction sur le cordon peut favoriser l'inversion.

La constatation, par ailleurs, d'un grand nombre d'inversions utérines survenant après des accouchements parfaitement normaux, spontanés, sans que personne ait exercé de tractions sur le fond utérin on ait tiré sur le cordon au moment de la délivrance a amené bon nombre d'auteurs à se demander si la pathogénie de l'inversion utérine n'était pas plus complexe qu'il n'avait semblé tout d'abord. Une excellente mise au point des diverses théories a été faite par Albanno en 1923, d'où nous extrayons ce qui suit.

La théorie encore acceptée aujourd'hui par beaucoup est celle de la *paralysie de l'utérus*, laquelle, selon Treub (*Zentralb. f. Gynec.*, 1899) doit être complète tandis que selon Rokitansky, il suffit de la paralysie partielle de la paroi utérine, localisée précisément à la zone d'insection placentaire, pour expliquer l'inversion. Rokitansky pensait que la zone d'implantation placentaire se déplaçait la première, il décrivait même l'inversion comme une paralysie de la zone placentaire. Labadie-Lagrave et Legueu repoussent cette conception d'après eux c'est au contraire presque toujours le fond qui se déprime et non la surface où le placenta s'incère.

Le rôle des pressions abdominales est certain; il est étudié par Galeno et par Leroux. Il est pourtant nécessaire de supposer l'absence de la rétraction et de la contraction utérine, facteurs qui créent le terrain de l'inversion.

On a aussi incriminé l'insuffisance et l'hypoplasie de la musculature utérine (Fritsh, *Zentralb. f. Gynec.*, 1909, p. 427; Leopold: *Gyn. Ges.*, Dresden, 1911).

Pazzi suppose l'existence d'anomalies anatomiques dans la texture des fibres de l'utérus : absence par exemple des fibres qui vont du fond de l'utérus aux ligaments larges, ronds et utéro-sacrés; ces anomalies seraient congénitales.

Albanno établit le tableau suivant:

Causes pédisposantes

Utérus.	{	Paralysie.	Totale (Treub).
			Partielle (Rokitansky).
	{	Défaut de structure (Pazzi).	
		Minceur des parois (Fritsh).	
Col....	{	Tumeurs du fond (Jonas).	
		{	Déchirures
	Ectropion.		

Causes efficientes
ou déterminantes.

Tractions sur le cordon	{	Manuelles
		Accidentelles
		{ Brièveté du cordon. Accouchement précipité
Pressions sur le fond utérin.		
Adhérences placentaires.		
Délivrance artificielle.		
Pressions abdominales.	{	Efforts d'expulsion.
		Poids de l'intestin (Testut et Jacob).

Albanno, dans son mémoire (*Annali di Ostetrica e Ginecologia*, 28 février 1923, p. 94-120, en italien, avec bibliographie de 89 travaux récents pour la plupart) développe longuement la question de la pathogénie de l'inversion utérine puerpérale.

Dans un certain nombre de cas, l'inversion utérine n'apparaît que tardivement dans les suites de couches. Il n'est pas prouvé que cette inversion tardive n'ait pas été amorcée par un accident au cours de l'accouchement. Mais il est certain qu'il existe des raisons favorables à sa production: la pression abdominale, au moment où l'utérus n'est pas encore revenu sur lui-même, déprime le fond de haut en bas, et le repousse vers le col. Une fois l'inversion amorcée et le fond déjà déprimé en cul de bouteille, les contractions de la portion non inversée de l'utérus interviennent alors pour chasser comme un corps étranger le segment déjà déplacé (Labadie-Lagrave et Legueu).

Ces diverses influences expliqueraient, d'après les auteurs, la production des inversions que l'on voit survenir brusquement, trois ou quatre semaines après l'accouchement (inversion utérine puerpérale aiguë et tardive, observation de Jahier: observation XX).

CHAPITRE II

RAPPEL ANATOMO-CLINIQUE

Il n'entre pas dans le cadre de notre sujet de s'étendre longuement sur la question de l'anatomie pathologique et de la clinique de l'inversion utérine puerpérale. Nous nous en tiendrons uniquement à l'exposé des notions nécessaires à la compréhension des particularités du traitement.

Suivant les divers stades de retournement de l'utérus, on envisage trois degrés d'inversion. Dans le 1^{er} degré ce sera une simple dépression de fond utérin, c'est ce que Mauriceau appelle « cul de fiole ».

Dans le 2^e degré, le fond utérin dépassant l'orifice externe du col vient faire saillie dans le vagin.

Dans le 3^e degré, enfin, non seulement le corps est retourné, mais le col lui-même s'est complètement inversé, l'inversion est complète. Le fond de l'utérus apparaît à l'extérieur hors de la vulve.

De ces trois variétés, la première est rarement observée, car non diagnostiquée, la troisième est d'une exceptionnelle rareté. En réalité, l'inversion utérine est presque toujours constituée par le 2^e degré.

Au point de vue clinique, dans les inversion 1^{er} degré, on peut constater par la palpation, à travers la paroi abdominale,

un enfoncement plus ou moins marqué, un « cul de fiole » entouré d'un bourrelet saillant; le toucher intra-utérin permet de sentir une petite tumeur bombant dans la cavité utérine. On trouvera, en outre, des hémorragies peu abondantes en général, des syncopes et des douleurs abdominales légères, phénomènes peu accentués, la plupart du temps.

Dans les inversions du 2^e degré, les plus fréquentes, nous considérerons les signes physiques, fonctionnels et généraux.

Entre les grandes lèvres apparaît une tumeur plus ou moins volumineuse, piriforme, s'insérant à la partie supérieure du vagin, saillie rougeâtre, dont la grosse extrémité est en général tomenteuse; on trouve parfois le placenta qui la coiffe et, suivant qu'il a été enlevé ou non, des hémorragies assez abondantes ou un mince épanchement sanguin. Si on cherche à faire le tour de cette tumeur avec le doigt, on trouve un sillon circulaire et l'on sent que la tumeur est implantée au beau milieu. Sur les parties latérales de la tumeur, on découvre parfois deux orifices; ce sont ceux des trompes.

Par la palpation de la paroi abdominale, on constate que l'utérus a disparu même au-dessus du pubis, la main « plonge dans une fosse », comme dit Baudelocque.

Dans l'inversion récente, l'utérus sera le siège d'une sensibilité spéciale; lorsque l'inversion date de longtemps, la tumeur sera toujours insensible. Comme symptômes fonctionnels, nous trouvons l'hémorragie tantôt abondante, tantôt nulle; elle dépend, avant tout, de l'inertie utérine, ensuite de l'insertion du placenta qui a été enlevé ou non. Si le placenta a été enlevé, on pourra avoir une hémorragie extrêmement abondante, foudroyante même.

En plus de l'hémorragie, nous trouverons la douleur excessivement violente, qui siège à l'hypogastre ou dans le rein; elle est due au tiraillement des anses intestinales et de l'épiploon, à l'élongation des nerfs et au renversement des organes génitaux, les ovaires notamment.

Le pouls devient petit et rapide; le rythme cardiaque est embryocardique. La tension artérielle tombe rapidement. Les

femmes ont l'impression de mort imminente. Une première syncope se produit; il est rare qu'elle soit d'emblée mortelle. Dans les observations que nous rapportons, les malades ont subi cet état de Shock souvent responsable de leur mort.

Avant de terminer ce court chapitre, nous définirons les formes cliniques d'inversion que l'on peut rencontrer. Avec Pinard (4), nous distinguerons:

« L'inversion utérine immédiate ou aiguë qui se produit immédiatement après l'accouchement avant ou après la délivrance.

« L'inversion utérine récente, c'est-à-dire existant quelques heures ou quelques jours après l'accouchement.

« L'inversion utérine chronique ou ancienne, c'est-à-dire existant depuis des semaines ou des mois. »

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic, généralement facile, de l'inversion utérine puerpérale; nous dirons seulement quelques mots sur le pronostic et les complications.

Dans les observations que nous rapportons plus loin, nous voyons plusieurs cas de mort, même lorsqu'on a essayé de réduire immédiatement l'utérus inversé, à plus forte raison si on attend; le pronostic de cet accident est donc grave. Dans les premières heures, ce seront les hémorragies et le choc nerveux qui emporteront la malade; dans d'autres cas, ce sera l'infection se traduisant par la gangrène de l'utérus ou la péritonite. D'autres fois, cependant, l'inversion passera à l'état chronique; une tolérance très grande peut s'établir et le pronostic sera très réservé, car la malade sera exposée à des accidents tardifs, gangrène de la tumeur et infection possible du côté du péritoine.

Une terminaison heureuse peut se produire cependant, et l'on a vu la réduction se faire spontanément dans les cas d'inversion utérine au 1^{er} degré.

(4) A. PINARD. Rapport sur un travail du docteur Mantel (de Saint-Omer), présenté à l'Académie de Médecine de Paris, séance du 3 avril 1906. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, mai, 1906.)

Néanmoins, le pronostic est fonction de l'intervention dont nous étudierons dans les chapitres suivants les modalités et les indications.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DE L'INVERSION UTERINE D'ORIGINE PUERPERALE

Avant d'aborder les méthodes de traitement de l'inversion utérine d'origine puerpérale, il nous semble bon de dire quelques mots de ce qu'on pourrait appeler le *traitement prophylactique de cette complication*. Les règles prophylactiques se déduisent facilement des notions que nous avons rapportées au chapitre de l'étiologie et de la pathogénie. Tous les auteurs sont d'accord pour signaler que les inversions utérines se produisent presque toujours dans des mains inexpérimentées, malhabiles ou trop pressées. On ne voit presque jamais survenir d'inversions utérines dans les maternités, les hôpitaux ou les cliniques.

Dè toutes les causes de l'inversion utérine, la plus fréquemment observée en pratique est certainement l'usage qu'a un grand nombre de sages-femmes d'exercer des tractions intempestives sur le cordon dans le but de hâter une délivrance qui tarde à se produire, ou même dont ce n'est pas encore le moment. Un grand nombre d'inversions utérines sont, sans aucun doute, imputables à la méthode de Crédé.

La pression exercée sur le fond utérin par la main qui palpe l'abdomen, au cours de la délivrance, est également la cause

d'un nombre important d'inversions, quand cette pression s'exerce soit avec une trop grande force, soit sur un utérus en état de relâchement.

Il est donc logique de respecter rigoureusement la période de repos physiologique et d'attendre le décollement complet du placenta avant d'effectuer la délivrance si on veut éviter l'inversion utérine post-partum.

Malgré ces précautions, l'inversion utérine pourra se produire. Quels seront donc les divers moyens thérapeutiques que nous pourrons lui opposer?

La diversité des méthodes appliquées au traitement des inversions utérines d'origine puerpérale, nous oblige à diviser leur étude en plusieurs chapitres.

De ces méthodes, les unes, en effet, consistent simplement à essayer de repousser l'utérus inversé à l'aide de divers procédés de pressions manuelles ou instrumentales; elles constituent les méthodes obstétricales proprement dites. Les autres méthodes, qui nécessitent l'intervention du bistouri suivant des procédés plus ou moins complexes, constituent le traitement chirurgical.

I. — Traitement obstétrical.

Il comprend les méthodes de réduction manuelle ou taxis et les méthodes de réduction non sanglantes instrumentales.

1° TAXIS :

On en décrit classiquement trois procédés:

Taxis par refoulement central ou taxis central;

Taxis par refoulement périphérique ou taxis périphérique;

Taxis pour refoulement latéral ou taxis latéral;

Nous n'insisterons pas longuement sur leur description que l'on trouvera détaillée dans les autres classiques et particulièrement dans le « *Traité Clinique de l'Inversion utérine de Denucé.* »

a) *Le taxis central* est celui dans lequel, avec la main fermée ou plusieurs doigts réunis en cône, ou les doigts isolés, on exerce une pression sur le fond de l'utérus retourné, de manière à le déprimer, à l'enfoncer graduellement, faisant ainsi une contre-pression destinée à effacer l'inversion première.

Levret s'est servi du poing fermé. Dans les cas ordinaires, surtout dans les inversions récentes, c'est avec les doigts rapprochés en cône que l'accoucheur déprime et refoule le fond de l'utérus. Quand l'utérus est petit, rétracté, que l'inversion est ancienne, on a recours aux doigts: deux doigts, Baudelocque; index, Valentin; médium, Canney; pouce d'abord, médium et auriculaire ensuite, Barrier.

Mais, ainsi que le fait remarquer Denucé, après Mac Clintock (M'Clintock, *Diseases of women*, Dublin, 1863), par cette méthode de réduction, c'est le fond de la matrice qui pénètre le premier dans le col, et il arrive un moment où il y a deux replis de la paroi utérine inclus dans le col. Cette disposition implique un élargissement considérable du col sans lequel la réduction ne peut se faire. Pour cette raison, on rejette actuellement le taxis central.

b) *Le taxis par refoulement périphérique ou taxis périphérique* :

La main du chirurgien, embrassant l'utérus, le repousse par un mouvement de totalité de bas en haut de manière à faire remonter et rentrer progressivement le pédicule, puis le corps lui-même de la matrice, rendu plus mince et plus effilé par l'action des doigts qui le pétrissent. « De cette façon, on arrive à faire rentrer les premières les parties sorties les dernières, manœuvre qui n'exige qu'une dilatation moyenne du col. » (Denucé).

Le taxis périphérique doit être suivi une fois que la tumeur a franchi le col, par un taxis central avec la main ou les doigts seulement. « Ma main gauche, dit Tarnier, appuyée sur l'épigastre, pressait sur le fond de l'utérus et suivait les mouvements de la main introduite dans la cavité utérine. »

c) *Le taxis latéral*, enfin : Le globe utérin étant embrassé par la main, les quatre derniers doigts se trouvent appliqués sur la paroi postéro-latérale droite qu'ils maintiennent fixe par une pression suffisante, tandis que le pouce, appuyé sur la partie antéro-latérale gauche, déprime cette paroi et, par des pressions successives de bas en haut du pouce engagé dans la fossette ainsi produite, fait, grâce à la membrane séreuse ou péritonéale qui double le sac utérin, glisser cette paroi sur la paroi opposée. La paroi sur laquelle agit le pouce, remonte en venant faire, vers la partie correspondante de l'orifice du sac utérin, une saillie qui augmente graduellement sous la pression continue du pouce, et ramène ainsi, peu à peu, l'utérus dans la cavité abdominale. Cette manœuvre a permis souvent d'accomplir une réduction qu'il n'avait pas été possible d'obtenir par le taxis périphérique.

Dans la réduction des inversions aiguës, l'application de ces méthodes est facile, surtout si on pratique l'anesthésie générale de la malade. Mais lorsqu'il s'agit d'inversion ancienne deux grandes difficultés sont à vaincre : d'une part l'anneau de striction à travers lequel il faut refouler l'utérus ; d'autre part, la fatigue de la main du chirurgien qui pratique la réduction. On a pu obvier à la première de ces difficultés par la fixation du col. Une main doit s'occuper de fixer le col, tandis que l'autre main procède à la réduction.

Cette fixation du col peut être obtenue de deux manières :

a) Soit par le *vagin*, à l'aide de pinces, suivant les anciens procédés d'Aran et d'Emmet ; c'est d'ailleurs la méthode que préconise Hartmann dans l'édition 1933 de sa gynécologie. Voici son procédé :

« Le col étant solidement fixé par des pinces qu'on confie à un aide, qui exerce sur lui une traction soutenue, l'opérateur, avec la main gauche déprimant la paroi abdominale, immobilise l'enfonnoir utérin ; avec la droite, introduite dans

le vagin, il comprime le corps utérin, l'assouplit, puis cherche à le réduire, cherchant le point par lequel la réduction se fait le plus facilement. En général, les pressions sur le fond, qui y creusent un godet, sont inefficaces et l'on réussit mieux en commençant par les parties voisines du pédicule. »

Hartmann fait donc la réduction par le procédé du taxis périphérique, le col étant fixé par des pinces et l'entonnoir utérin immobilisé par la main abdominale.

b) Soit par *l'abdomen* : le relâchement de la sangle abdominale, après l'accouchement, permet la dépression aisée de la paroi abdominale jusqu'au contact de l'entonnoir d'inversion qu'on peut alors immobiliser dans l'axe des efforts de réduction en l'empêchant de remonter sous la poussée de la main qui pratique le taxis.

Nous avons vu qu'Hartmann associe ces deux moyens de fixation ; d'ailleurs, l'immobilisation du col par les pinces n'est possible que si l'inversion est incomplète, sinon il existe une transition insensible entre la muqueuse utérine inversée et celle du vagin et le doigt explorateur ne rencontre aucun repli permettant d'exercer une prise quelconque.

Pozzi, dans son traité de *Gynécologie clinique et opératoire* (1903, p. 746), propose le procédé de réduction suivant :

« Immédiatement après la délivrance, quand on se sera assuré qu'il ne reste aucun débris de placenta, la main sera hardiment introduite dans la cavité et repoussera le fond de l'organe qu'on cherchera à saisir avec l'autre main en déprimant fortement l'abdomen. R. Teuffel (*Centralbl. f. Gyn.*, 1888, n° 23, p. 401) cite un succès remarquable de cette manœuvre, pour laquelle il donne une bonne figure. »

Au deuxième inconvénient du taxis : fatigue de la main qui réduit, on a opposé la réduction instrumentale.

2° MÉTHODES DE RÉDUCTION NON SANGLAN TES INSTRUMENTALES :

Elles consistent à exercer une pression continue durant plu-

sieurs jours sur le fond utérin, soit par instrument agissant sur le fond de l'utérus, au moyen d'une tige rigide, l'agent de pression étant représenté par un bandage en caoutchouc, « repositoir » des Anglais (repositor d'Aveling); soit par des pressions avec des pessaires à air (pessaire à air de Gariel) ou à eau, ou le colpeurynter de Braun, ou les différents ballons dont le plus connu est le ballon de Champetier qui a donné un certain nombre de succès (Pinard).

Toutes ces méthodes ont comme inconvénient leur longueur (un mois, parfois deux mois), les douleurs qu'elles déterminent, les accidents auxquels elles exposent (fièvre, pelvi-péritonite). Il convient de les abandonner définitivement, et nous n'en parlerons pas davantage. Nous ferons exception, toutefois, pour le *ballon de Champetier de Ribes*; il ne faut pas oublier les résultats excellents qu'il a donnés à Mantel (de Saint-Omer), et Pinard le recommandait chaudement. Assez récemment, il a été employé avec succès par M. Péry (observ. VI).

Il convient donc de retenir que le ballon de Champetier de Ribes est susceptible de constituer une arme intéressante dans le traitement de l'inversion utérine. Voici, d'ailleurs, l'avis de Pinard, dans le rapport qu'il présenta à l'Académie de Médecine (séance du 3 avril 1906):

« Dans les cas d'inversion utérine récente, quand l'utérus ne paraît pas menacé de sphacèle, le désinfecter et essayer le retournement manuel; s'il échoue, introduction du ballon de Champetier de Ribes qui me paraît d'une efficacité plus grande que tous les tamponnements ou pessaires, à tiges ou autres, conseillés et employés jusqu'ici. »

II. — Le Traitement chirurgical conservateur

Nous exposerons dans ce chapitre les méthodes chirurgicales de traitement de l'inversion utérine puerpérale, sans nous préoccuper de leurs indications qui trouveront plus naturellement leur place dans le chapitre suivant.

Nous diviserons les divers procédés chirurgicaux en deux catégories:

- 1° Les procédés opératoires par la voie vaginale;
- 2° Les procédés opératoires par la voie haute, abdominale.

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES PAR LA VOIE VAGINALE

1° *Procédés des incisions cervico-utérines (procédé de Barnes):*

Cette opération, indiquée par Simpson et M Sims, réalisée par Barnes (1868), consiste à pratiquer des incisions limitées du col depuis l'orifice externe, après avoir attiré l'utérus renversé en bas. On recommanda de divers côtés de multiplier le nombre plutôt que les dimensions des incisions. Fresson, dans sa thèse (Paris, 1902), recommandait de faire remonter très haut les incisions, car c'est au niveau de l'isthme que siège généralement l'agent d'étranglement. Cet auteur préconisait les incisions nombreuses et surtout les incisions latérales. La portion vaginale du col sera incisé en totalité, tandis qu'au niveau de l'isthme, tout en étant aussi profondes, ces incisions ne doivent pas ouvrir le péritoine. On immobilise ensuite les lèvres de l'incision à l'aide de pinces et on pratique la réduction suivant les manœuvres habituelles. L'opération se termine par un tamponnement à la gaze de la cavité utérine et du vagin, et si l'on veut assurer un drainage plus parfait, on s'abstient de toute suture du col.

D'après Fresson, sont justifiables de cette opération:

a) Les cas d'inversion chronique où les tentatives de réduction nouvelles ont échoué, lorsqu'à l'examen du col on constate nettement l'existence d'une portion du col jouant le rôle d'agent d'étranglement, c'est-à-dire dans les cas d'inversion incomplète.

b) Les cas où l'état de ramollissement de friabilité du tissu utérin ne permettra pas de songer à des opérations plus sûres mais plus complexes.

Les accoucheurs jugent les incisions sur la paroi antérieure ou postérieure de l'utérus dangereuses et n'admettent point qu'elles dépassent l'insertion vaginale; car, disait Tarnier, « aller plus loin serait s'exposer, en arrière, à perforer le Douglas et, en avant, à léser le bas-fond vésical. »

En particulier, dans les méthodes des incisions latérales que préconisait Fresson, on vit survenir des sections de l'utérine, blessure qui n'est peut-être pas aussi bénigne que le pense Fresson. Dans l'intervention que pratiqua Doyen, pour une inversion chronique, il dut faire une véritable colpotomie antérieure afin de pouvoir décoller la vessie et prolonger suffisamment son incision pour obtenir la réduction. En outre, nous trouvons mentionnée également la déchirure du tissu utérin pendant les manœuvres de réduction. Le chirurgien ne peut point limiter cette extension du traumatisme et, comme le disait le Professeur Oui : « L'agrandissement de la plaie opératoire peut n'être pas sans inconvénients. »

Ce procédé ne nous paraît pas devoir être retenu dans le traitement de l'inversion utérine puerpérale, mais il était intéressant de l'exposer brièvement, car il servit à la genèse du procédé de Küstner et peut-être aussi à celui de Duret.

2^o *Colpo-hystérotomie postérieure limitée (procédé de Küstner):*

Küstner (*Zentralblatt für Gynäkologie*, n^o 41, 1893, p. 945), pour remédier aux obstacles de l'irréductibilité s'est efforcé d'atteindre un triple but :

a) Contrôler l'existence d'adhérences péritonéales et les détruire le cas échéant;

b) Fixer et élargir le collet utérin;

c) Faciliter le retournement de l'organe.

Pour ce faire, il incisait par le vagin largement et transversalement le cul-de-sac de Douglas (colpotomie postérieure), et à travers cette brèche il explorait l'infundibulum, puis avec

le doigt il fixait le collet; enfin, une incision de la paroi postérieure de l'utérus facilitait la réinversion de l'organe.

Voici, en résumé, les différents temps de l'opération de Küstner :

1^{er} temps : Ouverture large du cul-de-sac péritonéal de Douglas par une incision transversale du cul-de-sac vaginal postérieur longue de 3 à 4 centimètres;

2^e temps : On explore l'orifice de l'infundibulum par cette brèche dans laquelle on a introduit l'index, on détruit les adhérences avec les organes circonvoisins, le cas échéant. Le doigt pénètre ensuite dans l'infundibulum qu'il parcourt jusqu'au fond, détruisant les adhérences qui peuvent exister entre les deux faces péritonéales de l'utérus. Par cette manœuvre, on dilate l'anneau constricteur;

3^e temps : Sur ce doigt laissé en place dans l'entonnoir diversion, on incise la paroi postérieure de l'utérus sur une longueur de 4 centimètres environ; elle commence à 2 centimètres de l'orifice externe du col et s'arrête à 2 centimètres du fond, elle intéresse toute la paroi de l'utérus, y compris le revêtement péritonéal;

4^e temps : *Réinversion de l'utérus.* L'anneau constricteur étant fixé par l'index, le pouce de la main presse sur le fond de l'utérus qu'il refoule vers l'abdomen;

5^e temps : La réduction obtenue, l'utérus est porté en rétroversion forcée, de telle manière que la plaie qu'il porte à sa face postérieure répond à l'ouverture du Douglas. A travers cette brèche, on suture l'utérus en deux plans, par des points séparés:

6^e temps : L'utérus est porté en antiflexion normale, et le Douglas est fermé par quelques points séparés;

7^e temps : Drainage de la cavité utérine avec un drain en caoutchouc.

Tel est le procédé de Küstner, qu'il publia en 1893.

La difficulté de pratiquer la fermeture utérine à travers la plaie du cul-de-sac vaginal postérieur, lorsque les deux plaies utérines et vaginales ne se correspondent pas, entraîna cet auteur à modifier son procédé; en 1900, il eut l'occasion de mettre en œuvre ce deuxième procédé opératoire qui ne diffère du premier que par le premier et quatrième temps modifiées ainsi qu'il suit :

1^{er} temps : Ouverture du cul-de-sac de Douglas : La paroi postérieure du vagin est incisée verticalement et au milieu sur une longueur de 3 à 4 centimètre au lieu d'être incisée transversalement.

De la sorte, les deux plaies vaginales et utérines sont parallèles; de cette manière, après réduction de l'utérus, elles se correspondent, et la suture de l'utérus sera plus facile.

4^e temps : *Réinversion de l'utérus*. Au lieu de l'obtenir en exerçant des pressions sur le fond seulement, il la pratique par des pressions et des tractions sur la paroi utérine. Une pince est introduite dans le péritoine par la plaie vaginale, elle traverse l'anneau, pénètre dans l'infundibulum et ressort dans le vagin par la plaie utérine. On l'ouvre et on saisit une des lèvres de l'incision utérine dans son milieu. Alors, pendant que l'on exerce des tractions sur cette pince, on refoule le fond de l'utérus avec le doigt. Cette manœuvre, d'après Küstner, facilite la réduction de l'inversion.

Les autres temps sont identiques à ceux du premier procédé.

3° Colpo-hystérotomie postérieure totale (procédé de Piccoli-Duret):

L'incision de l'utérus que pratiquait Küstner était trop courte; Piccoli, expérimentant, un jour, sur un utérus inversé enlevé par hystérectomie vaginale après tentative infructueuse de réduction par incision du col, ne put obtenir la réduction complète qu'en prolongeant l'incision, commen-

cée sur la face postérieure de l'utérus jusqu'au fond de cet organe. Cet auteur, se basant sur ce fait, proposa, en 1894, au Congrès international de Rome, de prolonger l'incision de Küstner sur la ligne médiane de toute la paroi postérieure du col et du corps de l'utérus jusqu'au fond, s'il est nécessaire. Ce procédé fut exécuté par les chirurgiens italiens Morisani et Sava.

Duret (de Lille), en 1898, dans l'ignorance de la communication de Piccoli, établit un procédé en tout point analogue, connu en France sous le nom de procédé de Duret et qu'il convient d'appeler procédé de Piccoli-Duret.

L'opération de Duret comprend en résumé les temps suivants :

Après tous les soins d'asepsie et d'antisepsie du vagin :

1^{er} temps : Abaissement de l'utérus à la vulve, au besoin curettage de sa surface ;

2^e temps : Large ouverture du cul-de-sac de Douglas, par incision transversale, pour permettre l'exploration digitale de l'anneau d'inversion ;

3^e temps : Tentative de réinversion ; si elle ne réussit pas, incision verticale médiane postérieure, partant du milieu de l'incision vaginale, divisant le col et la paroi postérieure de l'utérus sur toute sa hauteur et, en profondeur, de la muqueuse au péritoine.

4^e temps : Réduction de l'inversion. Elle est faite dans le vagin ; on accroche avec les quatre derniers doigts de chaque main les deux lèvres à l'incision utérine et on les attire en dehors, puis en avant, tandis que les deux pouces placés sur la face antérieure de l'utérus, la repousse d'avant en arrière. On déplisse ainsi le corps de l'utérus et on transforme sa face péritonéale, primitivement interne, en externe, tandis que la surface muqueuse, jusque-là externe, devient interne. Les deux lèvres de la plaie utérine sont ainsi ramenées en avant ; il ne reste plus qu'à les suturer ;

5° *temps* : Suture de l'alignement de section utérine en commençant par le fond jusqu'à l'isthme, réserver la suture du col pour un deuxième temps;

6° *temps* : Reposition de l'utérus par un mouvement de bascule de bas en haut, à travers l'incision vaginale qui pourra être agrandie par une nouvelle incision verticale branchée en T, dirigée en bas sur l'incision transversale du vagin;

7° *temps* : Reconstitution du col par deux plans de suture depuis l'isthme jusqu'à l'orifice externe; suture de la brèche vaginale verticale; à travers la brèche transversale, on drainera par double tube et lanières de gaze. On tamponne ensuite le cul-de-sac postérieur du vagin à la gaze pour maintenir le corps utérin en bonne position.

4° *Colpo-hystérotomie antérieure (procédé de Kehrer, procédé de Spinelli-Oui):*

A) *Procédé de Kehrer:*

Kehrer, le premier, en 1898, pratiqua avec succès la colpo-hystérotomie antérieure, dans le traitement de l'inversion chronique de l'utérus. Considérant l'anneau cervical comme principal obstacle à la réduction, il n'attaque que le segment inférieur de l'utérus. Sans ouvrir le vagin, il incise la paroi antérieure du canal cervical depuis l'orifice externe jusqu'à l'isthme dans toute son épaisseur. Il ouvre ainsi le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. Il réduit ensuite l'inversion et refoule l'organe dans l'abdomen par cette brèche du péritoine.

Cette opération ne donna de résultats qu'entre les mains de son auteur.

B) *Procédé de Spinelli-Oui:*

En raison des difficultés techniques que présente l'opération de Kehrer, Spinelli, en 1899, la modifia en y ajoutant une colpotomie antérieure, réalisant ainsi sur la face antérieure de l'utérus, l'opération homologue de celle réalisée par Piccoli et Duret sur la face postérieure.

Spinelli décrit ainsi son manuel opératoire :

« Le vagin étant largement ouvert par une valve vagino-périnéale, on fixe et on abaisse le col de l'utérus avec une pince à griffes. Puis la surface muqueuse de l'utérus est abrassée à la curette; on procède ensuite à la colpo-hystérotomie antérieure. L'index, introduit à travers l'ouverture vagino-péritonéale va à la recherche de l'infundibulum formé par l'inversion et y pénètre aussi profondément que possible. Alors, sur le doigt comme guide, on incise verticalement le col et la paroi antérieure de l'utérus jusqu'au fond de l'organe, l'incision comprenant la paroi utérine dans toute son épaisseur, ainsi que le revêtement séreux. On procède ensuite à la réinversion, manœuvre facile. Les pouces sont appliqués sur la paroi postérieure de l'utérus; les index saisissent les lèvres de l'incision utérine et les attirent en dehors, ce qui déploie l'utérus.

En continuant le mouvement, on arrive naturellement à la replier de façon que le retournement soit complet.

L'utérus incisé se trouve alors en antéversion forcée ou, pour mieux dire, la tête en bas, c'est-à-dire avec le fond en bas et le col en haut.

« C'est à ce moment qu'il faut procéder à la suture à points séparés, au catgut, de toute la plaie utérine, jusqu'à l'orifice du col. A la suite de quoi, la cavité utérine se réduit. On fixe alors la matrice en antéversion par un fil de catgut qui embrasse le vagin, le péritoine et la paroi antérieure de l'utérus au-dessus du fond de l'organe. »

En résumé, l'opération de Spinelli comprend les temps suivants :

1° Incision du cul-de-sac antérieur, semi-circulaire, très large, juste au-dessous de la limite d'insertion du vagin;

2° Exploration digitale de l'infundibulum d'inversion;

3° Incision de l'utérus sur toute sa longueur;

4° Réduction, manœuvres du retournement identiques à celles de « Piccoli-Duret »;

5° Suture du corps utérin en deux plans; veiller à l'affrontement du péritoine;

6° Réintégration de l'utérus par la brèche vaginale;

7° Suture du col;

8° Drainage du cul-de-sac antérieur, vésico-utérin et taponnement modéré du vagin, à la gaze iodoformée qu'on enlève le troisième jour.

En France, Oui (Des opérations conservatrices dans la cure de l'inversion utérine puerpérale, *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, avril 1902, p. 945) exécute d'une manière analogue la colpo-hystérotomie antérieure. Ce mode de traitement de l'inversion utérine puerpérale porte le nom, depuis lors, d'opération de Spinelli-Oui.

c) *Colpo-hystérotomie avec vagino-fixation (Zaletet)*:

M. Zaletet (de Lublana) a décrit, dans *Gynécologie et Obstétrique* de 1923, un nouveau procédé d'opération de l'inversion utérine chronique par colpo-hystérotomie antérieure avec vagino-fixation. Ce procédé, d'après la description assez peu claire de l'auteur, semble consister en une interposition de l'utérus entre la vessie et le vagin. Il aurait pour avantage, d'après son promoteur, d'empêcher les adhérences entre l'utérus réintégré dans l'abdomen et le rectum et aussi d'éviter la rétroversion utérine et, enfin, de s'opposer au prolapsus.

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES PAR LA VOIE ABDOMINALE

C'est à l'Américain Gaillard Thomas (*Diseases of women*, 1872, p. 343), que revient le mérite d'avoir le premier pratiqué une laparotomie pour aborder l'utérus inversé. Il admettait, en principe, que le collet de l'anneau d'inversion, par l'état particulier de son tissu (cartonisation), constituait l'obstacle unique à la réduction et que les conditions indispensables de celle-ci étaient, d'une part, la fixation de l'anneau, d'autre part sa dilatabilité. A cet effet, après ouverture du ventre, il

introduisait l'index dans l'utérus inversé, puis guidant sur lui une pince dilatatrice, fixait, dilatait le col, rendant le taxis facile.

Cette intervention datait de 1869, époque à laquelle on ne connaissait ni l'antisepsie, ni l'asepsie; aussi l'auteur eut-il un cas de mort par péritonite généralisée sur deux interventions. Ce résultat malheureux frappait la méthode naissante d'une tare irrémédiable pour ses contemporains, à tel point que Denucé écrivit en 1883: « L'auteur n'a pas trouvé jusqu'ici d'imitateurs, et il est fort probable qu'il n'en trouvera que difficilement. »

Et cependant, malgré la désapprobation jetée par Denucé, l'exemple de Gaillard Thomas ne tarda pas à être suivi. Avec l'ère de l'asepsie moderne, la technique de cette intervention se perfectionne, et nous voyons l'opérations de Thomas à l'origine de plusieurs procédés de réduction qui ont donné de bons résultats.

Everke (*Monatschrift f. Geburt, u. Gynec.*, 1899, t. IX, p. 39) a proposé un procédé mixte par voie abdomino-vaginale. Il ouvre le ventre, fend le bord antérieur de l'anneau jusqu'à la vessie; la réduction est impossible; il fend le bord postérieur jusqu'à l'insertion du vagin, puis il réduit en pressant avec la main vaginale sur le fond de l'utérus. Il termine en suturant par l'abdomen les incisions utérines, antérieure et postérieure, puis en fixant l'organe à la paroi abdominale antérieure.

Ce procédé rallie de nombreux suffrages et, à partir de ce moment, on observe une série de cas heureux.

Haultain (*Edimburg Med. Journ.*; déc. 1908, p. 528), après ouverture du ventre, repère la place de l'utérus inversé, qui est indiquée par une simple fente transversale; il dilate cette fente avec des pinces de manière à détruire les adhérences qui auraient pu se former et aussi pour saisir les ligaments ronds. A ce moment, un aide, avec un doigt dans le vagin, repousse doucement le fond de l'utérus; on voit, alors, par

l'abdomen, l'utérus sous la forme d'un bourrelet circulaire avec une dépression centrale. Le chirurgien fait une incision sur la partie postérieure du bourrelet intéressant toute la paroi utérine; elle suffit pour faciliter la réduction en refoulant l'utérus par le vagin. Haultain a pu obtenir ainsi trois guérisons et deux de ses opérées ont pu mener une grossesse à terme.

L'auteur anglais Prescott Hedley rapporte également, en 1915, deux observations d'inversion utérine réduites par la voie abdominale (*Journal of Obst. and Gynec. of the British Empire*, 1915) qui sont reproduites dans la thèse de Vadon.

En 1922, Molin, à Lyon (voir thèse Vadon), réduit également par voie abdominale une inversion utérine irréductible par les manœuvres de taxis vaginales.

Mauclaire publia, en 1922, à la Société Anatomique de Paris, une observation analogue (observation XIV). Il conclut que par la voie haute on voit mieux ce qu'on fait. Il attire l'attention sur le danger de la réduction d'un utérus peut-être déchiré, car friable, dont les bords infectés peuvent provoquer une péritonite généralisée.

Evans, en 1923, ainsi qu'il le rapporte dans *Surg. Gynec. and Obstetric* d'octobre 1923, est intervenu par voie abdominale; l'utérus a été réduit par la main de l'aide dans le vagin. Cet auteur a remarqué que la réinversion avait débuté par la lèvre postérieure du col.

Tout récemment, les auteurs américains Huntington, C. Irving et Forster S. Kellog ont rapporté sept cas de reposition par la voie abdominale, sans un seul décès. Nous reproduisons leurs 6^e et 7^e observations (observation XVIII). Voici la technique à laquelle s'est arrêtée Kellog en 1931 (*American Journ. of Obst. and Gynecol.*, t. XXII, 1931, p. 440-441), en modifiant quelque peu le procédé antérieurement établi par Huntington : « L'utérus inversé est agrippé par une de ses cornes dans la région de l'ovaire et de la trompe, et cette portion d'utérus est replacée à l'aide du forceps d'Allis, dans le status

original. Il a été prouvé accidentellement qu'en même temps, ou immédiatement après qu'est pratiquée cette reposition, l'autre corne utérine se désinvagine spontanément. Le péritoine subit moins de lésions et on exerce une traction moins importante que celle habituellement nécessaire au déroulement. »

Une hystérectomie postérieure après laparotomie a été effectuée avec succès par Mr. Arrizabalaga, de Montevideo, en 1930 (voir observation XIII).

III. — Les Hystérectomies.

Il est des cas où les procédés manuels ou chirurgicaux exposés précédemment ne réussissent pas ; il en est d'autres où l'utérus est infecté ou gangréné ; on est alors obligé de recourir à l'hystérectomie.

Il ne saurait être question d'exposer par le détail les différentes techniques anciennes et modernes d'hystérectomie dans le traitement de l'inversion utérine puerpérale. Ces méthodes comportent des procédés par voie vaginale et d'autres par voie abdominale ; les techniques de ces opérations sont parfaitement connues ; nous n'insisterons pas.

1° PAR VOIE VAGINALE :

Hartmann (1) donne la technique suivante :

« Le manuel opératoire diffère légèrement suivant que l'inversion est complète ou incomplète.

« Dans l'inversion *incomplète*, on saisit le col avec deux pinces à traction placées au niveau des commissures. On circonscrit ce col par une incision circulaire. On effondre le cul-de-sac postérieur ; on peut alors explorer la cavité pelvienne et préciser la disposition anatomique de l'utérus. On passe ensuite à la libération de la partie antérieure.

« Dès que celle-ci est commencée, on fend le col sur la li-

(1) HARTMANN, *Traité de Gynécologie* (1933).

gne médiane antérieure. Il faut alors voir si, grâce à cette incision, on ne peut pas réduire l'inversion. Si la réduction est impossible, on poursuit l'opération en ouvrant le cul-de-sac antérieur. Rien alors n'est plus simple que de lier ou de saisir les ligaments larges dans une pince et de détacher l'utérus.

« Si l'inversion est *complète*, le début de l'hystérectomie peut être délicat. On pratique une incision circulaire au niveau du col, que l'on détermine par la palpation.

« On ouvre le cul-de-sac postérieur. Dès que le péritoine a été ouvert, on introduit le doigt dans la cavité péritonéale et on ramène le col en avant. On ouvre le cul-de-sac antérieur, prudemment, sur le doigt. Lorsque l'utérus est libéré en avant l'opération se poursuit sans difficulté comme dans l'inversion incomplète. »

2° PAR VOIE ABDOMINALE:

Dupont, en 1927, est intervenu par cette voie après échec des tentatives de réduction manuelle, échec d'hystérotomie, et impossibilité de pratiquer l'hystérectomie vaginale du fait des adhérences péri-utérines (voir observation XIX):

« J'essayai, dit-il, d'intervenir par voie vaginale et de réaliser l'opération de Duret, c'est-à-dire la réduction de l'utérus après couverture du cul-de-sac postérieur et section médiane. Mais il me fut impossible d'abaisser le col de façon à voir nettement le cul-de-sac postérieur, tant par suite de la fixation de l'utérus que par l'état du périnée fort résistant. J'essayai ensuite d'abaisser la paroi antérieure de façon à pratiquer une hystérectomie vaginale, mais je ne fus pas plus heureux, et je résolus alors d'intervenir par voie abdominale.

« L'hystérectomie abdominale fut facile; seule la ligature des utérines fut un peu plus compliquée que dans les cas normaux; le tronc même de l'utérine étant invaginé avec l'utérus, je ne trouvai à lier que le bouquet cervical, ce qui nécessita la pose de plusieurs pinces. Je fis l'hystérectomie totale juste

à la limite du col, et je terminai par la suture partielle des tranches vaginales.

« Après péritonisation des ligaments larges, j'installai un drainage vaginal (la température ayant toujours oscillé autour de 38 et même un peu plus); puis, après avoir ramené l'épiploon pour tapisser le petit bassin derrière le drain, je fermai la paroi en trois places, sans drainage abdominal. »

En 1928, Stamatopoulos (1), d'Athènes, a décrit dans le *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris* le procédé suivant d'hystérectomie:

« Je me décidais d'intervenir par voie abdominale et de faire l'hystérectomie totale, mais de l'extirper par le vagin.

« Quand j'ai ouvert le ventre, à ma grande stupéfaction, je n'ai rien trouvé dans le petit bassin. Les ovaires, les trompes, les ligaments larges étaient tombés dans la cavité de l'utérus inverse. Je n'ai pas vu d'orifice, comme on le voit dans l'inversion incomplète du corps de l'utérus et où l'ovaire et la partie externe de la trompe restent hors de la cavité utérine. Le ligament large faisait des plis tassés au fond du bassin. La vessie vide se cachait derrière la symphyse pubienne et le rectum dans la cavité du sacrum.

« Je distingue sur la partie latéro-postérieure du petit bassin le ligament suspenseur de l'ovaire, vrai fil d'Ariane; je tire fort sur lui, et aussitôt je vois apparaître l'ovaire, le pavillon de la trompe et une partie du ligament large. Je fais la même chose de l'autre côté; entre deux pinces, je coupe les ligaments larges en dedans des ovaires, jusqu'au collet de l'invagination, et je coupe ainsi les artères utérines que j'ai ligaturées tout de suite. En ce moment, l'état de la femme s'aggrave, et pour abréger le temps de l'opération, je dis qu'on fasse pénétrer dans le vagin une pince longue qui passe dans la rigole circulaire entre le col et le corps de l'utérus inversé,

(1) STAMATOPOULOS (d'Athènes). Nouveau procédé d'hystérectomie dans l'inversion (post. partum ou par fibrome). In *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1928, p. 558-559.

tandis que de la main gauche je soulève la vessie en haut et en avant pour l'éloigner du col de l'utérus. On n'a plus qu'à tirer l'utérus par la vulve. Je suture le col complètement, et je fais les ligatures sur les pédicules musculaires et la péritonisation. Par une petite incision sur le Douglas, je passe du ventre dans le vagin une petite mèche de gaze iodoformée et, en dernier temps, je ferme la cavité abdominale. »

En comparant les différents procédés d'hystérectomie comme traitements de l'inversion utérine, l'auteur remarque que :

« 1° L'hystérectomie totale par voie abdominale, selon le procédé habituel, a le grand inconvénient de faire sortir par le ventre un utérus qui doit être considéré comme infecté, même dans les cas d'inversion chronique. Ce procédé d'hystérectomie n'est pas applicable dans les cas d'inversion récente avec un utérus gros, gravement infecté et sphacélé. Elle est un peu longue comme toute hystérectomie totale et exige beaucoup d'attention pour ne pas blesser les uretères qui, à cause de l'élargissement du col par le fait de l'invagination, se rapprochent beaucoup de lui. L'espace de 15-20 millimètres qui existe normalement entre le col et les uretères disparaît. Il laisse la plaie vaginale ouverte, ce qui allonge le traitement post-opératoire et expose à l'occlusion intestinale par symphyse de l'intestin dans la plaie :

« 2° L'hystérectomie sub-totale, après réduction par le ventre sans colpo-hystérotomie, n'est applicable que seulement dans les cas d'inversion récente où la réduction est facile. Aussi est-elle plus longue que mon procédé par le temps de la réduction. Il fait sortir aussi par le ventre un utérus très infecté. Il peut provoquer une syncope mortelle pendant la réduction.

« 3° L'hystérectomie vaginale n'est pas toujours facile dans le cas d'inversion récente, quand on a un périnée résistant, un utérus gros remplissant le vagin, et la rigole circulaire placée haut. Elle est aveugle et, par conséquent, dangereuse, on risque de blesser les uretères qui viennent au contact du col à

cause de son élargissement. Elle est septique, car les mains de l'opérateur touchent nécessairement un utérus infecté. Elle ne peut se faire dans certains cas d'inversion chronique où le collet se trouve très haut et fixé dans cette position par des adhérences d'endo-périmétrite (cas de Dupont).

« Je crois, dit l'auteur, que mon procédé d'hystérectomie dans l'inversion utérine post-partum est supérieur à tout autre procédé d'hystérectomie parce qu'il est très simple, rapide, toujours facile, sûr, à la portée de tous, absolument aseptique.

« Il me semble qu'il est temps de préférer la voie abdominale à la voie vaginale dans l'hystérectomie comme traitement de l'inversion utérine comme il est aujourd'hui, d'ailleurs, pour toute autre affection utéro-connexielle. »

CHAPITRE IV

INDICATIONS ET CRITIQUE DES DIVERSES METHODES DE TRAITEMENT DE L'INVERSION UTERINE POST-PARTUM

Tous les auteurs s'accordent à déclarer que l'inversion utérine puerpérale doit être traitée. Crosse, sur 109 cas d'inversion utérine aiguë abandonnés à eux-mêmes, a trouvé que dans 79 cas, la mort était survenue dans la première heure; 8, au bout d'une semaine; 6, après deux mois et les autres, au bout d'une période plus longue.

Nous étudierons dans ce chapitre les résultats des diverses méthodes de traitement de l'invasion utérine exposées précédemment, et nous discuterons de la valeur des divers procédés chirurgicaux employés.

1° *Taxis*.

W. Thorn, dans son travail sur l'inversion utérine, publie un tableau de 437 cas d'inversions utérines puerpérales. Nous avons extrait de ce tableau 218 cas où la réduction manuelle fut pratiquée, et nous résumons dans le tableau suivant les résultats :

Dans 133 cas d'inversion utérine immédiate le taxis a donné :

49 échecs dont 33 morts.

106 succès.

Dans 8 cas d'inversion datant de moins de 3 jours :

4 succès.

4 échecs dont 2 morts.

Dans 11 cas d'inversion datant de moins de 6 jours :

6 succès.

5 échecs dont 2 morts.

Dans 7 cas d'inversion datant de moins de 15 jours :

4 succès.

3 échecs, 2 morts.

Dans 4 cas d'inversion datant de moins d'un mois :

2 succès.

2 morts.

Dans 6 cas d'inversion datant de moins de 3 mois :

1 succès.

5 échecs dont 1 mort.

Dans 11 cas datant de moins de 6 mois :

11 échecs.

Dans 3 cas datant de moins d'un an :

1 succès.

2 échecs, dont 1 mort.

Dans 8 cas d'inversion datant de plus d'un an :

3 succès.

5 échecs dont 1 mort.

Dans 5 cas d'inversion d'âge indéterminé :

3 succès.

2 échecs.

Dans 1 cas d'inversion datant de 22 ans :

1 succès.

En résumé : des 248 cas où le taxis a été tenté, il y a eu 155 cas d'inversions immédiates et 63 cas d'inversion récente ou ancienne.

Sur les 155 cas d'inversion utérine immédiate, la réduction par taxis a été obtenue 106 fois, soit encore 70 % de succès; il y a eu 49 échecs, soit 30 % environ.

Sur les 63 cas d'inversions utérines récentes et anciennes, la réduction par taxis a donné 26 succès, soit 40 %; elle a échoué 37 fois, soit 60 %.

Les cas de mort sont dus soit au choc, soit à l'hémorragie, soit à la septicémie ou à la péritonite généralisée.

De ce tableau, nous pouvons conclure:

1° Que les méthodes de réduction manuelle donnent de bons résultats dans les cas d'inversion utérine immédiate.

2° Que dans les cas d'inversion récente ou ancienne, les méthodes de réduction nouvelle ont donné parfois des succès; par conséquent, elles doivent être essayées.

Pinard, à propos du taxis dans l'inversion utérine immédiate insiste sur trois points : 1° ne commencer le taxis qu'après avoir rentré l'utérus dans le vagin; 2° n'exercer des pressions que dans l'intervalle des contractions; 3° si le placenta est encore adhérent, la décoller rapidement avant de tenter la réduction.

Oui et Fresson sont d'accord sur l'utilité de décoller le placenta et de faire la réduction après ce premiers temps. En effet, dit Oui, « si peu important que soit l'obstacle apporté à la réduction par la présence du placenta, cet obstacle n'en existe pas moins, et il y a tout avantage à le supprimer. » Plus loin, il ajoute encore: « Qu'une délivrance faite à ciel ouvert est certainement plus facile et probablement, dans beaucoup de cas, plus complète que la délivrance faite après réinversion, et ce n'est pas là un avantage à dédaigner. »

Dans l'*inversion utérine aiguë*, en même temps que ces manœuvres de taxis le traitement médical devra être employé

pour combattre l'état de choc et l'hémorragie qui sont souvent responsables de la mort des malades. On pratiquera des injections de sérum physiologique, des inhalations d'oxygène. On administrera des médicaments cardio-toniques. Balard, considérant le choc comme d'origine sympathique, recommande avec raison les injections d'adrénaline.

John A. Urner rapporte un cas d'inversion utérine aiguë dans lequel il a employé une injection intra-musculaire d'adrénaline; la réduction nouvelle paraît avoir été grandement facilitée par relâchement de l'utérus et du col. En tous cas, cette thérapeutique a une valeur incontestable en protégeant la malade contre un choc ultérieur pendant l'intervention.

David Nye Barrows, dont nous rapportons cinq observations d'inversion aiguë (observation XVII), conclut que la réduction immédiate de l'inversion utérine est un procédé dangereux chez les malades en état de shock qui viennent d'avoir une grande hémorragie. D'après l'auteur, il convient d'abord de traiter l'état de shock et de n'intervenir pour l'inversion que beaucoup plus tard. L'auteur considère comme difficiles et dangereuses les interventions vaginales et, comme la plupart des auteurs de langue anglaise, recommande l'intervention abdominale. Il effectue cette opération de quatre à douze semaines après l'accouchement. L'auteur, il faut le remarquer, ne cite qu'une seule observation à l'appui de cette thèse.

2° Les procédés chirurgicaux:

Dans l'inversion utérine récente et chronique, la réduction manuelle ou instrumentale est indiscutablement insuffisante; elle ne donnera que très rarement des résultats dans ces cas. Il faut donc nécessairement avoir recours aux procédés chirurgicaux conservateurs ou aux procédés mutilateurs (hystérectomie).

Procédés conservateurs:

Ils sont de deux ordres. On peut intervenir soit par voie abdominale à la manière de Hedley, de Prescott, de Kellog, soit

par voie vaginale à la manière de Piccoli-Duret ou de Spinelli-Oui.

Laquelle de ces voies préférer ?

Réduction par voie abdominale :

Parmi les gynécologues, Pozzi (1904), Labadie-Lagrave et Legueu (1904), citent les tentatives de Gaillard Thomas, de Malins, de Mundé, mais pour leur opposer les techniques de Küstner, Piccoli-Duret et de Spinelli-Oui, « de beaucoup préférables ». Nulle mention n'est faite par J.-L. Faure et Siredey dans leur *Traité de Gynécologie*, d'intervention abdominale dans la cure de l'inversion utérine chronique pour laquelle ces deux auteurs préconisent la voie vaginale.

Parmi les accoucheurs, Bar Brindeau, Chambrelent, Commandeur, estiment que « la laparotomie suivie de dilatation au doigt de l'entonnoir utérin (Gaillard Thomas) ou de l'extirpation de l'utérus par l'abdomen (Gross) ... est un procédé inférieur aux opérations vaginales. » En 1921, à propos d'une communication de M. Bouffe, de Saint-Blaise, rapportant un cas d'inversion ancienne, M. Brindeau affirmait, en principe, « que toute intervention large sur un utérus inversé, quand elle est indiquée, doit adopter la voie vaginale. »

Nous avons indiqué, à propos de l'exposé des méthodes chirurgicales de laparatomie dans la cure de l'inversion utérine post-partum, les résultats obtenus par nombre d'auteurs. Malgré ces résultats, c'est une opération que nous considérons comme peu recommandable pour les raisons suivantes :

Elle n'est pas si facile qu'elle semble. Les tissus ont repris une tonicité très grande, et il est souvent nécessaire, pour obtenir la réduction, de faire repousser par le vagin le fond de l'utérus, et comme cela ne suffit pas, en général, il faut inciser de dedans en dehors le bourrelet utérin. On ouvre ainsi un cul-de-sac isolant la région septique du vagin et là encore, on risque la péritonite.

Le seul avantage de ce procédé est d'examiner *de visu* l'état des annexes et de s'assurer également de la vacuité du cul-

de-sac utérin. Mais cet avantage relatif est contrebalancé par des inconvénients énormes énumérés plus haut et aussi par la nécessité, en cas d'échec, de pratiquer l'hystérectomie.

Colpo-hystérectomie antérieure et postérieure:

La colpo-hystérotomie antérieure offre certains dangers et des difficultés; elle nécessite l'ouverture de la zone décollable vésico-utérine; il faut donc longer la vessie et avoir bien soin de la protéger. La réduction de l'inversion est facile, mais lorsqu'elle est effectuée, l'incision utérine médiane est devenue postérieure. Il faut alors, pour en pratiquer la suture, basculer l'utérus; la suture devient assez difficile, la face postérieure s'exposant mal.

De plus, la réintroduction de l'utérus est assez malaisée pour peu que l'utérus soit volumineux, parce que la brèche vaginale n'est pas trop grande. Toutes ces manœuvres sont délicates, et demandent du temps et de la douceur. La colpo-hystérotomie postérieure a nos préférences; plus rapide, plus sûre, plus facile que la colpo-hystérotomie antérieure. L'utérus inversé, relevé en haut et en avant par les pinces de Museux, le cul-de-sac de Douglas s'expose de lui-même et il est facile de l'ouvrir.

La manœuvre d'exploration intra-abdominale de l'utérus et sa section médiane sont faciles. Une fois l'utérus renversé, la section utérine se présente en avant sous la vue, l'utérus tombant de lui-même verticalement. La suture utérine est facile.

La réintroduction de l'utérus est facilitée par le large espace dont on dispose dans la région postérieure de la cavité pelvienne et aussi par les facilités qu'on, si besoin est, d'élargir la colpotomie du Douglas.

Les suites immédiates, si l'on prend soin de drainer le Douglas avec une mèche, sont très bonnes.

Le seul grief que l'on puisse faire à la colpo-hystérotomie postérieure est la modification de la statique utérine dans les suites éloignées. On a invoqué la rétro-version utérine qui devient incoercible parce qu'il se produirait des adhérences dé-

finitives entre l'utérus suturé et le rectum. Pour obvier à cet inconvénient, Zaletel donne la préférence à son procédé un peu spécial d'interposition utérine inter-vésico-vaginale. Malgré cela, il nous semble que la préférence doive être donnée à la colpo-hystérotomie postérieure de Küstner-Piccoli-Duret.

Une dernière question qui se pose, c'est celle de l'avenir obstétrical des opérées qui ont subi sur leur matrice ces incisions qui la divisent du col jusqu'au fond. M. Balard, au cours de recherches bibliographiques, a trouvé trois observations de grossesse qui se sont déroulées sans incident après colpo-hystérotomie postérieure de Küstner. Aussi peut-on dire avec Oui: « La colpotionomie, si efficace au point de vue immédiat, nous laisse une réelle sécurité en ce qui concerne l'avenir génital des opérées et la fonction de reproduction. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. le Professeur Andérodias, de Bordeaux

(« *Bulletin de la Soc. d'Obst. de Paris* », févr. 1903)

Le 6 septembre 1900, on apportait à la salle d'accouchement une femme âgée de 26 ans; elle était accompagnée d'une sage-femme qui me donna les seuls renseignements que je possède sur cette malade. Elle avait été auprès d'elle au début du travail qui avait été normal; l'accouchement s'était bien fait; l'enfant était vivant. La sage-femme attendit, avant de faire la délivrance, d'avoir emmailloté et nettoyé l'enfant. Au bout d'une demi-heure, elle revint auprès de la femme et, me dit-elle, « comme on fait d'habitude, je tirais sur le cordon pour avoir le placenta, j'ai même dû tirer fort, car il était solidement attaché. » Presque aussitôt après la délivrance, la femme qui perdait à peine, pâlit, ses traits se tirèrent et elle eut une syncope assez longue. C'est dans cet état qu'elle fut transportée à la clinique d'accouchements. La femme était pâle, ses yeux vitreux, traits tirés, extrémités froides, le pouls à peine perceptible. On fait des injections d'éther et de caféine; on met des boules d'eau chaude près de la malade. Pensant que cet état était dû à une hémorragie produite par l'inertie utérine, je cherche le globe utérin, mais mes doigts dépriment l'abdomen sans rien rencontrer et, au niveau de l'excavation, ils s'enfoncent dans un entonnoir régulièrement circulaire. Le

diagnostic était fait: l'utérus était inversé. Ecartant les lèvres de la vulve, j'aperçus la tumeur formée par l'utérus. J'introduisis trois doigts de la main droite pour faire la réduction; au lieu d'essayer la réduction en masse en agissant sur le centre de la tumeur; je commençais à re'ouler par pression la portion la plus voisine de l'orifice du col en faisant rentrer d'abord la portion de paroi inversée la dernière. J'arrivai à un bon résultat, au bout de quelques secondes; le dôme utérin était repoussé, et la main gauche le sentait à travers la paroi abdominale. Injection d'eau chaude et d'ergotine. La malade est portée dans un lit chauffé, tête basse, injection d'éther et de caféine, le poulx ne reprend pas, au moment de faire une injection intra-veineuse de sérum salé, la malade succombe un quart d'heure après son arrivée à la clinique n'ayant pas perdu une goutte de sang. L'autopsie faite le lendemain montra que l'utérus était bien réduit. Pas de gros caillots dans sa cavité, mais au niveau de l'insertion placentaire, des portions de cotylodon étaient restées adhérentes, permettant de confirmer la pathogénie de l'inversion. Les organes de cette femme n'étaient pas très décolorés; ils ne ressemblaient à ceux d'un sujet qui a été presque saigné à blanc par une hémorragie.

*
* *

OBSERVATION II

*Inversion utérine spontanée après la délivrance
par M. Andérodias.*

(« Bull. de la Société d'Obst. et de Gyn. de Paris », 1922)

Le 21 octobre dernier, j'étais appelé auprès d'une jeune femme, à terme, en travail. J'avais eu l'occasion de la suivre pendant toute la durée de sa grossesse, en tous points normale. Il s'agissait d'une présentation du sommet, tête à peu près complètement engagée dans l'excavation.

Effacement et dilatation se firent assez rapidement; mais, au moment de la période d'expulsion, il y eut un peu d'inter-tie; la malade ne poussait pas, et au bout de quelques instants

il fut évident qu'une application de forceps était nécessaire pour terminer l'accouchement. Un peu de chloroforme fut donné, et le forceps ramena de suite un garçon de poids moyen qui cria aussitôt.

L'utérus se rétracta fort bien; on le sentait très dur et de grosseur normale au-dessus du pubis. Au bout de dix minutes environ, le placenta était décollé et descendu dans le vagin, l'extrémité placentaire du cordon était à la vulve. Le placenta fut donc cueilli avec la plus grande facilité; il était complet ainsi que les membranes; la main, de nouveau appliquée sur l'abdomen, trouvait l'utérus bien rétracté et dur à mi-chemin de l'ombilic et du pubis; pas d'hémorragie, simple suintement sanguin comme après toute délivrance. A ce moment, je donnais, comme je le fais d'habitude, une injection vaginale avec la solution iodo-iodurée de Tarnier. Au bout d'une minute ou deux, je sentis la canule que je tenais introduite dans le vagin, repoussée à l'extérieur. Etonné, je pratiquais le toucher et trouvais dans le vagin une tumeur énorme qui en aurait imposé pour le placenta si ce dernier n'avait pas été extrait. Immédiatement, je cherchais l'utérus par le palper et ne le trouvais plus. Une inversion utérine venait évidemment de se produire, ce que confirma le toucher manuel; il montrait aussi qu'elle était complète. En même temps, la malade pâissait, le poulx devenait petit, misérable et incomptable; et cependant il n'y avait aucune hémorragie.

Dans ces conditions, je fis immédiatement redonner du chloroforme pour réduire l'inversion. Tout d'abord, il n'y fallait pas songer, car dans le vagin on sentait l'utérus inversé, contracté et dur comme du bois; mais bientôt, il redevenait mou. Appuyant alors avec la main gauche au-dessus du pubis, au travers de la paroi abdominale, j'essayai, avec la droite introduite dans le vagin et appuyant sur la partie déclive de l'utérus inversé, de refouler ce dernier; mais ce fut impossible, car, par l'orifice supérieur rétréci, il fallait faire passer une double paroi utérine. Dans ces conditions, je pratiquai le taxis périphérique, c'est-à-dire que j'appuyais sur les parties les plus voisines de l'anneau en les refoulant. En quelques minutes, j'arrivais à un résultat heureux et l'utérus reprit sa si-

tuation habituelle. Je terminai par une injection intra-utérine d'eau iodée.

Presque aussitôt, le faciès se colorait, le pouls reprenait son amplitude, devenait moins rapide, et la malade se réveillait, ne se sentant pour ainsi dire pas fatiguée. Suites de couches normales, sans élévation de température.

*
**

OBSERVATION III

*Inversion utérine puerpérale,
par les Docteurs Guyot et Péry.*

M^{me} A..., âgée de 22 ans, primipare, arrive le 4 avril 1922 à l'Hôpital Saint-André, service du Professeur agrégé Guyot, envoyée par le docteur Peyri, de Bazas, pour inversion utérine puerpérale.

Cette jeune femme, dont les antécédents ne présentent rien d'intéressant, a accouché à terme d'un enfant vivant le 25 mars dernier.

L'accouchement assez long, très douloureux, s'est terminé spontanément, avec l'aide d'une sage-femme. La délivrance a été pénible et s'est accompagnée d'une grosse hémorragie pour laquelle le docteur Peyri, appelé, a fait plusieurs piqures d'ergotine. Nous n'avons guère de renseignements sur la façon dont la délivrance a été faite. Nous savons seulement qu'il y a eu de fortes tractions sur le cordon. Il semble, cependant, qu'à ce moment-là l'inversion n'existait pas, tout au moins d'une façon complète, car elle n'aurait vraisemblablement pas été méconnue par notre confrère.

Le 1^{er} avril, soit le septième jour après l'accouchement, la malade qui, jusque-là, semble avoir eu des suites de couches à peu près normales, en faisant un effort pour uriner, éprouve une vive douleur dans le bassin et ressent des douleurs analogues à celles de l'accouchement. Le docteur Peyri la voit de nouveau et constate une inversion utérine ne s'accompagnant d'ailleurs pas de phénomènes généraux inquiétants. Il essaie

vainement, sans anesthésie, de réduire l'utérus et se décide à envoyer la malade à Bordeaux dans le service du professeur agrégé Guyot où elle entre le 4 avril.

A l'examen, cette jeune femme apparaît assez pâle, les muqueuses décolorées, mais sans fièvre ni hémorragie. Le pouls un peu faible est cependant bien perceptible. Le ventre nullement douloureux est souple partout; on ne trouve pas le globe utérin, aucune réaction péritonéale, pas de vomissements.

Au toucher vaginal, la cavité est remplie par une masse molle, saignant facilement, de forme globuleuse, arrivant presque jusqu'à l'orifice vulvaire mais sans être visible à l'extérieur. Le doigt contournant la tumeur arrive difficilement au fond des culs-de-sac et sent l'orifice cervical formant un anneau peu contracturé. Au palper bi-manuel, on a l'impression classique de l'entonnoir sus-pubien mais on ne sent nettement ni les annexes ni les ligaments ronds. En somme le diagnostic d'inversion utérine est évident.

L'examen des différents appareils ne révèle rien de particulier : l'analyse d'urine est négative, l'analyse du sang montre 70 % d'hémoglobine, 63 % de polynucléaires, 3,5 % d'éosinophiles, 19 de lymphocytes.

Après désinfection soignée la malade étant sous le chloroforme, le docteur Guyot tente de réduire l'inversion. Il fait placer la malade en position légèrement déclive, fixe de la main gauche l'entonnoir utérin et avec la main droite introduite dans le vagin cherche à refouler l'utérus en agissant sur la partie de la matrice voisine du col. Il a assez vite la sensation que le col n'oppose pas une grande résistance et de fait assez rapidement il réussit à réduire l'inversion, le fond de l'utérus rentrant le dernier ; la main abdominale perçoit avec la plus grande facilité le globe utérin sus-pubien. Injection intra-utérine iodée et tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée. Suites parfaites.

OBSERVATION IV

*Inversion puerpérale, Colpo-Hystérotomie postérieure.
Guérison.*

Par MM. BÉGOIN et PÉRY.

Notre malade, Hélène B..., est une jeune cultivatrice du Médoc, âgée de 23 ans, et qui a accouché à terme chez elle, le 5 janvier 1920, d'un beau garçon actuellement en bonne santé. L'accouchement traînant un peu en longueur, fut terminé au forceps et s'accompagna d'une déchirure incomplète du périnée. On aida aussi à la délivrance, et c'est au cours de celle-ci que se produisit l'inversion dont cette jeune femme est venue nous demander la guérison. Voici, d'après la lettre de son médecin, comment les choses se sont passées:

« La femme restant sur le rebord du lit dans la position de l'accouchement, je procédai à la délivrance : traction légère sur le cordon qui résiste, le placenta n'étant pas encore décollé. Frictions sur l'utérus qui se contracte, mais le placenta ne vient pas. La sage-femme étant revenue, nous donnons une injection : j'introduis l'index seul le long du cordon et j'atteins son insertion sur le placenta : cordon court. Le placenta vient par légère traction, et je crois que tout va bien quand, par dessous le placenta, une masse tombe entre les jambes. J'ai cru d'abord que c'était une tête. J'ai été vite détrompé en voyant le placenta inséré sur cette sphère et très adhérent. Je l'ai décollé aussi rapidement que possible. J'ai fait arroser l'utérus en inversion avec de l'eau bouillie, et je l'ai repoussé dans le vagin en essayant de le réduire, ce que je n'ai pu faire. Hémorragie assez considérable, pouls petit, femme très pâle, je n'ai pas insisté, la femme a été remise dans son lit. L'utérus restant dans le vagin. Injections de caféine et d'huile camphrée le jour même et les jours suivants. Le surlendemain nouvel essai infructueux de réduire l'utérus. Le lendemain fièvre qui n'a jamais dépassé 38°. La femme est faible mais souffre peu du ventre. Je continue les soins et les injections d'huile camphrée et de caféine jusqu'au jour où je la trouve en état d'être transportée, je l'envoie à la Maternité où elle

entre le 11 au soir, c'est-à-dire six jours pleins après son accouchement. »

Elle entra dans le service de mon collègue, M. Péry. Son état général était bon : elle n'avait ni fièvre, ni douleurs, ni hémorragie, mais l'inversion persistait. On désinfecta la cavité vaginale et la surface de la tumeur, et le 21 janvier, seizième jour après l'accouchement, sous anesthésie générale, M. Péry tenta la réduction par le taxis. N'ayant pu réussir, il mit un ballon de Champetier pour essayer les effets de la pression continue. Il avait auparavant suturé la déchirure du périnée pour donner un point d'appui au ballon : celui-ci fut laissé en place trois jours, mais il n'amena pas la réduction de l'inversion. C'est dans ces conditions que M. Péry nous adressa cette jeune femme le 27 janvier pour une intervention chirurgicale.

Sa santé générale est parfaite, elle n'a ni fièvre, ni douleur ; tout se résume à sa lésion locale. L'examen de la vulve ne permet de constater qu'une déchirure incomplète du périnée : mais en ouvrant le vagin avec deux larges valves, on perçoit, à 3 centimètres de profondeur environ, une tumeur arrondie qui paraît avoir le volume d'une orange. Sa surface est régulière, mais granuleuse, sa coloration est rose rouge ; il y a une huitaine de jours, elle était, paraît-il, grisâtre par place par suite de la persistance de fragments de placenta qui n'étaient pas encore détachés. Les orifices des trompes ne sont point visibles. Par le toucher, on constate en passant au delà de l'équateur de la tumeur, qu'elle se continue dans la profondeur par un pédicule. Mais celui-ci, au lieu de se rétrécir comme le pédicule d'un polype, diminue à peine de volume et sa consistance, ainsi que celle de la tumeur, au lieu d'être d'une dureté fibreuse, est beaucoup moins ferme : on y constate de la dépressibilité et de la souplesse. Enfin un dernier caractère de ce pédicule est de ne pas s'enfoncer dans la cavité utérine : il se termine au niveau d'une gouttière circulaire profonde de 2 centimètres environ qui l'entoure comme une collerette. L'hystéromètre, comme le doigt, est arrêté partout à la même profondeur par cette gouttière régulièrement circulaire.

Dans tout cet examen la pression sur la tumeur ne provoque aucune douleur, les contacts multiples déterminent seulement l'écoulement de quelques gouttes de sang. Par le toucher rectal, pratiqué en même temps que le palper abdominal, l'extrémité du doigt rectal dépassant en haut la tumeur, arrive à sentir le doigt de la main sus-pubienne déprimant la paroi abdominale. Entre ce dernier et le doigt rectal il n'existe presque aucune épaisseur de tissus : le corps utérin ne s'interpose pas comme normalement. De même, une sonde métallique introduite dans la vessie pendant que le doigt rectal reste en place, arrive à son contact : le corps utérin manque à sa place normale.

Tous les signes classiques de l'inversion utérine se rencontreraient donc chez notre malade. Chez elle ils nous ont seulement servi à confirmer un diagnostic que l'histoire de la maladie, avec les circonstances si spéciales de son début, avait permis de faire d'avance, comme il est d'ailleurs de règle dans les cas d'inversion obstétricale à début aigu.

M. Péry, ayant employé sans succès le taxis sous anesthésie, et la pression continue au ballon Champetier, m'adressait cette malade pour intervenir chirurgicalement. Je fus de son avis, et une colpo-hystérotomie postérieure de Kustner-Piccoli fut décidée. Je devais opérer cette femme le 4 février, quand, le 3, elle commença une phlébite du membre inférieur gauche qui dura un mois et m'obligea à retarder l'intervention.

Le 12 mars 1920, colpo-hystérotomie postérieure : L'utérus saisi par les deux côtés de son fond retourné est attiré en avant et en haut par deux pinces de Museux; le cul-de-sac postérieur est incisé transversalement comme dans le premier temps d'une hystérectomie vaginale. Sur le doigt introduit dans le Douglas et ensuite dans la cavité centrale de l'utérus retourné, la paroi postérieure de celui-ci est incisée sur son milieu et dans toute sa longueur, du col jusqu'au fond. Le retournement de l'utérus se fait alors facilement; par des points séparés au catgut les lèvres de l'incision utérine sont suturées. Au niveau du fond utérin le tissu est mou, friable, comme par une infection légère et un trouble de nutrition, les points coupent, la suture

est difficile et peu solide. Un instant je me demande s'il est bon de réduire une suture aussi douteuse, et si une hystérectomie ne serait pas plus prudente. Cependant, grâce à des points d'appui pris très loin, la suture est consolidée, et je me décide à conserver l'utérus. Sa réduction dans le pelvis se fait facilement à travers l'incision du cul-de-sac postérieur; celui-ci est ensuite suturé, excepté en un point pour le passage d'un drain qui pénètre dans le Douglas et qui est laissé 48 heures.

Les suites sont normales, sans aucun incident. Le cul-de-sac postérieur est fermé en huit jours et le 2 avril 1920, vingtième jour après l'intervention, l'opérée quitte l'hôpital avec un utérus un peu gros, mais qui est mobile. Il n'y a plus de pertes blanches.

Deux ans après (le 3 mai 1922), j'ai revu l'opérée, en parfaite santé générale et locale. Les règles sont normales, l'utérus indolent a repris son volume, sa forme et sa mobilité. Hystérométrie : 0.065. Sur la lèvre postérieure du col, le doigt sent seulement une cicatrice médiane.

*
* *

OBSERVATION V

Rapportée par M. FAUGÈRE (14 février 1924.

(*Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 1924, p. 256)

M^{me} S..., Ipore, 18 ans. Accouchement normal à 4 h. 30 le matin. Délivrance assez rapide 15 minutes après accouchement; délivrance normale dit la sage-femme. Légers débris de membranes utérines.

La malade perd peu de sang. Elle souffre beaucoup. Le facies est pâle, pouls rapide, irrégulier, injection de caféine. L'état s'aggravant, un médecin est appelé. Le médecin est frappé par le facies et les phénomènes génitaux graves que présente la malade. Le pouls est rapide, irrégulier, le rythme devient presque embryocardique.

Examen local, utérus petit. Perte de sang peu abondante

(au toucher on sent une masse dure, arrondie à la place du col).

La sage-femme assure qu'elle n'a fait aucune traction sur le cordon pour activer la délivrance. Traitement : huile camphrée, caféine. Le médecin est frappé par ce fait que les signes généraux sont hors de proportion avec l'hémorragie présente, qui, pour lui, est minime.

La malade, transportée à la maison de santé (voyage de 10 kilomètres). C'est à son arrivée que nous sommes appelés à l'examiner.

Signes généraux graves : facies pâle, traits tirés, pouls petit, irrégulier, très rapide. Douleurs abdominales et lombaires intenses. Signes locaux : perte de sang minime ; au-dessus du pubis tumeur utérine à mi-chemin de l'ombilic. Dépression très nette au centre, cul-de-fiole constituée par la partie utérine non inversée.

Par le toucher, on arrive sur l'utérus inversé dans la cavité vaginale formant une tumeur à pédicule large qui dépasse largement l'orifice du col.

On fait le diagnostic d'inversion utérine.

Sous anesthésie à l'éther, on tente la réduction qui se fait assez facilement par taxis de toute la tumeur d'abord, puis latéral.

La réduction effectuée en pratiquant un léger massage intra-utérin, nous enlevons de légers débris de membranes et de placenta, l'utérus se contracte, la malade ne perd pas de sang. Les douleurs ont disparu.

Donc, en résumé, inversion partielle dans la cavité vaginale, accidents de choc grave. Inversion sans cavité formée par les plans inversés. Réduction par taxis de toute la tumeur, puis taxis latéral. Traitement général ne donne rien. Les accidents de choc entraînent la mort de la malade. La malade succombe à 4 heures du soir après avoir présenté un mieux relatif quelques minutes après l'intervention.

OBSERVATION VI

Inversion utérine réduite par ballon de Champetier de Ribes.

Rapportée par M. PÉRY (18 mai 1926).

(*Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1926, p. 447.)

X..., âgée de 26 ans, entre à Canolle pour inversion utérine aiguë perpérale, venant des environs de Langon. Elle a accouchée la veille au soir dans les conditions suivantes. Présentation du siège décomplété mode des fesses sur lequel un médecin a fait successivement trois applications de forceps. Au moment de l'extraction du tronc, le cordon, qui cependant ne présentait pas de brièveté anormale, s'est rompu au ras de l'ombilic. La manœuvre de Mauriceau a été difficile, bref il a été impossible de ranimer le fœtus. Un moment après la malade perdant du sang, le médecin a voulu faire la délivrance par expression, sans qu'il fut exercé de traction sur le cordon, pendant qu'il exerçait des tractions modérées sur l'utérus, la malade a fait un violent effort d'expulsion et le placenta est apparu à vulve accompagné d'une hémorragie de moyenne intensité. On s'est aperçu alors qu'il adhéraît encore à l'utérus totalement inversé dans le vagin. Après séparation du délivre, le médecin essaie vainement de réduire l'inversion. Un second médecin appelé ne réussit pas mieux que le premier. On se contente alors de tamponner le vagin et l'état général de la malade ne présentant rien d'immédiatement inquiétant, on la dirige le lendemain matin sur Bordeaux.

A l'arrivée à Canolle, le diagnostic ne peut qu'être confirmé : absence de globe sus-pubien, grosse tumeur rouge et molle intra-vaginale, circonscrite à sa partie supérieure par un bourrelet circulaire modérément rétracté. L'état général est bon ; je conseille de placer un gros ballon de Champetier de Ribes dans le vagin et de s'abstenir de toute autre manœuvre.

Je vois la malade à 3 h. 30, soit environ trois heures après la mise en place du ballon. L'aspect est rassurant, le poulx plein et bien frappé. Au palper, je trouve au-dessus du pubis

une tumeur qui me paraît bien présenter les caractères habituels de l'utérus des suites de couches. De fait, après avoir enlevé le ballon, je constate que le vagin est vide et un toucher profond me permet de vérifier la réduction complète de l'inversion utérine.

Les suites de couches ont été marquées par une poussée d'endométrite bien légitime, mais modérée, et la malade a quitté le service guérie au quinzième jour.

*
* *

OBSERVATION VII

Inversion puerpérale datant de cinq mois;

Hystérotomie postérieure par voie vaginale

(« *Annales de Faculté de Méd. de Montevideo* », t. XV,
nos 3 et 4, mars et avril 1930, p. 270)

Une Argentine de 25 ans, réglée à 15 ans, mariée à 22 ans, met au jour, il a onze mois, un enfant vivant, en présentation du siège. En juin 1929, second accouchement en présentation céphalique, abondante hémorragie en face de laquelle la sage-femme pratique l'extraction manuelle du placenta. L'écoulement sanguin continue les trois jours suivants, le quatrième, température, rétention d'urine, ballonnement abdominal. Un médecin extrait le reste du placenta. Cette intervention est suivie d'une hémorragie considérable qui cause une syncope. Sérum, tamponnement vaginal. Quelques jours après, phlébite de la jambe gauche. La patiente reste trois mois sans règles, au bout desquels survient une abondante métrorragie. A son entrée à l'hôpital le 21 novembre, elle est très anémiée, pouls à 100. On constate presque à la vulve l'existence d'une masse piriforme, pâteuse, rouge et saignante au moindre attouchement. Le col utérin constitue un anneau tout au fond du vagin. Hystérotomie; incision transversale du fond du cul-de-sac postérieur, aussi près que possible de l'insertion du col sur le vagin. Pas d'adhérences. Incision portant sur la partie médiane du col et la face postérieure de l'utérus jusqu'au fond.

Les lèvres de l'incision sont écartées à l'aide des mains, dont les pouces agissent sur le fond de l'utérus. Ce dernier, ainsi remis en place, est suturé au catgut. Drainage durant les quatre premiers jours. Sortie de l'hôpital le quatorzième jour.

*
* *

OBSERVATION VIII

Palmer Findley

Acute puerperal inversion of the uterus
(« *In American Journal of Obstetrics and Gynecology* »,
tome XIX, p. 587-591)

Quatre cas d'inversion utérine. Amputation de l'utérus

L'auteur a vu quatre inversions utérines:

Malade vue dans une clinique européenne.

On avait pratiqué une inversion et une extraction normales; le placenta fut délivré par expression forcée sous anesthésie générale, et l'utérus s'inversa complètement. Hémorragie abondante et shock extrême. Tentative infructueuse de réduction manuelle, qui est suivie immédiatement d'une amputation vaginale. Mort. Deux heures plus tard, l'autopsie révèle la transfixion d'une anse intestinale par les sutures. La mort a été probablement le résultat du shock opératoire, surajouté au choc initial de l'inversion.

En consultation, il a personnellement vu trois cas:

Premier cas:

Mrs. A., 24 ans, primipare, est accouchée au forceps d'un fœtus à terme de 4 kilos. Dans l'impossibilité de délivrer le placenta par expression, la main est introduite dans le vagin. Elle y découvre que le fond de l'utérus est inversé. Le placenta est enlevé, et le vagin est tamponné à la gaze. Mais l'hémorragie ne fut pas effectivement supprimée. On utilisa tout ce qu'on avait sous la main pour soulager la malade. On revoit la malade six heures plus tard; état de shock extrême; le sang suintait à travers le tamponnement de la cavité vaginale. On en-

lève le tamponnement et on fait une tentative infructueuse de réduction manuelle. Nouveau tamponnement, qui est également incapable d'arrêter l'hémorragie. Intervention, amputation vaginale du corps. On employa le minimum d'éther possible. L'opération n'a pas duré plus de dix minutes. Ce cas est survenu dans une ferme, à la campagne, où il n'avait pas été possible de recourir à une transfusion sanguine. La malade succomba en peu d'heures.

Deuxième cas:

Mrs. B., 27 ans, primipare, accouche spontanément, après un travail prolongé. Le médecin a trouvé de la difficulté pour délivrer le placenta et, sans doute, a employé une force trop considérable pour un utérus relâché. Immédiatement après l'expression du placenta, il survient une abondante hémorragie, et la malade tombe en état de shock. Mais cet état dure peu, et l'on essaye, mais en vain, de réduire l'inversion. Douze jours plus tard, Findley est appelé pour opérer la malade. Le fond utérin inversé, qui était complètement hors du vagin, était particulièrement gangréné. Amputation du corps. Guérison, bien que l'intervention ait été effectuée sur une table de cuisine dans une ferme.

Troisième cas:

Mrs C., 35 ans, troisième grossesse, est accouchée au forceps après un travail de six heures. La placenta est exprimé sans qu'il soit nécessaire d'exercer une forte pression. Immédiatement après la délivrance du placenta, on vit apparaître le fond de l'utérus à la vulve. Petite hémorragie, pas de douleurs. La malade tombe dans un shock marqué, qui s'atténue quelque peu quand Findley arrive, une heure plus tard. La réduction manuelle fut impossible à cause de la rétraction du col. Le poulx de la malade était à 160 et devenait imperceptible à chaque tentative de réduction. Le fond fut repoussé dans le vagin, un tamponnement fut effectué et quatre heures durant, on s'est préoccupé de relever l'état général de la malade, mais sans résultat notable. On fait une nouvelle tentative de réduction, qui se révèle inefficace. Dans ces conditions, il fut décidé de faire l'ablation de l'utérus. En raison de l'état de shock extrême,

Findley profite de l'état semi-conscient de la malade pour effectuer cette amputation sans anesthésie générale ou même locale, et elle s'effectue sans douleurs. A ceux qui préconisent l'intervention abdominale dans ce cas, l'auteur oppose son procédé qui permet d'éviter le choc opératoire de la laparotomie. Le pouls s'améliora aussitôt et la guérison fut complète.

*
**

. OBSERVATION IX

J. Coll de Carréra:

Un cas d'inversion utérine puerpérale

(« Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris », 1927,
p. 482-484)

Il s'agit d'une jeune secondipare de 23 ans; travail extrêmement rapide. Sitôt l'enfant né, la sage-femme procède à la délivrance par tractions sur le cordon, longtemps continuées. Ces tractions déterminent des réactions douloureuses chez la patiente, que la sage-femme parvient cependant à délivrer. A ce moment, la femme ressent une très violente douleur à siège lombaire, pâlit et perd quelque peu le sentiment. Une violente hémorragie se produit que les injections très chaudes n'arrivent point à juguler. Un toucher pratiqué alors permet à la sage-femme de reconnaître dans le vagin une masse dure, volumineuse, dont elle n'arrive pas à reconnaître la nature, mais qu'elle essaye néanmoins d'extraire après l'avoir saisie à pleines mains; n'y parvenant pas, elle me fait appeler.

A mon arrivée, il s'agit d'une inversion utérine au second degré.

J'interviens aussitôt et suis assez heureux pour réduire rapidement l'utérus par le taxis latéral. Cette manœuvre a été singulièrement facilitée par l'état de la femme sans connaissance, ne réagissant pas. Dès la réduction opérée, la syncope cesse. Je laisse la main dans l'utérus pendant dix minutes, jusqu'à ce que la contraction utérine apparaisse, vigoureuse. L'intervention est terminée par un tamponnement serré de la ca-

utéline à l'aide d'une bande de gaze imbibée de bouillon-vaccin anti-streptococcique. La mèche de gaze est enlevée le lendemain.

Je suivis la malade pendant quatre jours: la température n'atteignit pas plus de 38°. Je la quittai pour rejoindre Montpellier, en lui recommandant de garder le lit au moins trois semaines. Six jours après, la femme se levait.

J'ai revu cette femme voici un mois; elle se plaignait de douleurs lombo-abdominales, et voulait avoir mon avis. Je l'examinai et trouvai un très volumineux pyosalpinx gauche, masse annexielle grosse comme le poing, douloureuse. Utérus gros, subinvolé. A droite, annexes également perceptibles, mais pas de douleur.

L'inversion utérine, dans notre cas, est très nettement à la charge de la sage-femme.

L'état syncopal de la femme a permis d'effectuer en toute simplicité les manœuvres nécessitées par la réduction, tout en arrêtant l'hémorragie qui eut pu emporter la femme avant l'arrivée de tout secours. Cet état syncopal me paraît être plutôt sous la dépendance du choc que de l'hémorragie.

Les lésions annexielles que présente la malade et qui, sans aucun doute, sont consécutives à l'accident qu'elle a subi, compromettent gravement l'avenir génital de cette jeune qui devra vraisemblablement demander sa guérison à l'hystérectomie.

*
**

OBSERVATION X

Inversion utérine fixée chez une indigène, par M. E. Cabanes
(« Soc. d'Obst. et de Gyn. d'Alger », 1934)

Monadjeni Fatima, âgée de plus de quarante ans (?) entre à la salle Nélaton en mars 1931. Elle porte, depuis plus de quatre mois, entre les cuisses, semblable à un utérus en prolapsus total, une tumeur en battant de cloche, de la grosseur du poing, à pédicule vaginal, pédicule de la largeur de trois doigts.

Elle mesure de son extrémité libre à l'orifice vulvaire 20 centimètres.

A y regarder de près, on voit qu'elle se compose de deux parties; à son sommet libre, d'une tumeur arrondie, sphacélique, excoriée, saignante, dure, pesante, fibrome sessile, et, au-dessus de l'utérus inversé qui va en s'effilant dans le vagin, offrant une muqueuse en pleine suppuration, d'odeur infecte. Après de multiples lavages, on peut y retrouver, non loin de la tumeur, l'orifice net d'un ostium uterinum qui admet facilement le cathétérisme d'un fil de bronze; à droite, l'autre ostium est introuvable.

Au toucher, le doigt délimite dans le vagin, autour du pédicule utérin, un cul-de-sac circulaire d'une profondeur égale à 5 centimètres environ, plein de pus. Le vagin nous paraît en retournement incomplet sur l'inversion utérine totale. Le museau de tanche affleure les grandes lèvres. Quelques essais de refoulement sur la tumeur démontrent, s'il en était besoin, l'irréductibilité de l'inversion.

La malade est infectée et très anémiée (1.600.000 globules rouges). Elle a subi pendant quatre mois des hémorragies abondantes arrêtées au moyen de chiffons. Sa fièvre oscille entre 38° et 39°5.

Le jour de son entrée dans le service, elle est inopérable; on se borne à lui faire des lavages antiseptiques faibles, de la relever par des injections quotidiennes de sérum artificiel à défaut de transfusion, pour laquelle on n'a pas trouvé de donneur.

Après vingt jours de ces soins, elle est opérée le 24 avril 1931; aide : M. Calleja, interne. Toute tentative de reposition manuelle est inexécutable, on attire l'utérus loin de la vulve et par deux injections latérales de solution de cocaïne à 1 %, au voisinage des utérines, deux injections en plein col, on réalise une anesthésie locale suffisante que permet de trancher transversalement l'utérus en laissant deux centimètres du col, comme dans une subtotalité abdominale. L'hémostase des utérines est réalisée par une suture en masse sur chaque flanc, droit et gauche de l'utérus. Le moignon de col est repoussé, inversé dans le vagin tamponné. Il ne retombera pas par la

suite. L'intervention a duré cinq minutes. Suites apyrétiques. La malade met deux grands mois à se remettre.

L'utérus enlevé est sectionné sur la ligne médiane antérieure, la section montre dans le cul-de-sac péritonéal intra-utérin les deux trompes et une bonne partie des ligaments ronds. On n'a pas eu à s'occuper de la vessie restée hors du champ opératoire.

*
* *

OBSERVATION XI

MICHEL (G.) et VERMELIN (H.).

Un cas d'inversion utérine.

(In *Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, 1927, p. 178.)

En mai dernier, l'un de nous était appelé dans les environs auprès d'une jeune femme primipare de 32 ans, accouchée trois jours auparavant dans les circonstances suivantes :

Le travail s'était déclenché à terme le 28 mai et terminé spontanément dix-huit heures après par l'expulsion spontanée d'un enfant vivant de 3 k. 800. Immédiatement après, au dire de l'entourage, la sage-femme avait par traction extrait le délivre. Cette manœuvre avait été suivie d'une hémorragie violente et un médecin avait été appelé. Dans l'intervalle la sage-femme pratiquait deux injections sous-cutanées d'ergotine.

Dès son arrivée, le médecin est frappé de l'état d'anémie intense de la malade; l'hémorragie est arrêtée; il se contente de prescrire un traitement général, la sage-femme l'assurant du bon état local.

Le lendemain la malade accuse des sensations de poussées énergiques qui attirent son attention : il examine et trouve dans le vagin une masse volumineuse qu'il croit être un fibrome. Il demande l'avis d'un confrère du voisinage qui, au premier abord, pensant à une inversion possible, essaie sous chloroforme une réduction manuelle de la tumeur vaginale; étonné de la dureté, de celle-ci, ne parvenant pas à la réduire,

il se rattache au diagnostic précédemment porté de fibrome. Toutefois la tentative a provoqué un nouvel écoulement de sang, la malade est dans un état de faiblesse extrême et c'est dans ces conditions qu'une nouvelle consultation est décidée.

Lors de cet examen, ce qui frappe tout d'abord, c'est l'altération profonde de l'état général, pâleur intense, facies grippé, lèvres fuligineuses, vertiges constants et tendance syncopale au moindre mouvement. Le pouls bat faiblement à 130, 140; la température est de 36°5.

Le palper abdominal montre l'existence d'une tumeur sus-pubienne dépassant la partie supérieure du pubis de deux travers de doigts, la vulve, largement déchirée, laisse suinter un peu de sérosité sanguinolente. Devant la difficulté d'un toucher vaginal, sans anesthésie, on donne quelques gouttes de chloroforme.

La tumeur remplit le vagin, elle est dure, régulière; mais si loin que la main puisse explorer, on ne sent en aucun point de bourrelet pouvant correspondre au relief cervical, il y a continuité entre la masse vaginale et la masse sus-pubienne, au niveau de laquelle on ne perçoit aucune dépression. Au cours de l'examen, la tumeur se ramollit et le diagnostic d'inversion utérine se confirme. Une prudente tentative de réduction est aussitôt suivie de syncope, aussi, dans des conditions aussi précaires, on renonce à tout traitement immédiat, et l'on se contente de poser les indications de traitement d'avenir :

1° En cas d'infection, hystérectomie vaginale sur place.

2° En cas d'amélioration d'état général, transfert de la malade dès que possible dans un centre chirurgical où l'on tentera la réduction.

Dans les jours suivants l'état général se remonte, et au quinzième jour la malade est amenée à Nancy, toujours très affaiblie, mais dans un état de résistance suffisante pour supporter une intervention.

Celle-ci est pratiquée quatre jours après. Après anesthésie générale et sous le contrôle de la vue, on essaie de faire une hystérotomie postérieure : les tissus sont d'une friabilité telle que la pince arrache des lambeaux utérins : par ailleurs l'abais-

sement du col est impossible, sa dilimitation ne pouvant être faite.

Dans ces conditions, et aussi en raison du danger de la continuation d'une intervention longue et difficile, on se résout à une hystérectomie vaginale rapide.

Les suites opératoires sont excellentes et la malade quitte la clinique trois semaines après son intervention.

L'intérêt de cette observation nous semble résider plus dans les difficultés de la conduite à tenir que dans le diagnostic relativement facile. La gravité de l'état général était telle qu'après avoir empêché un traitement immédiat, elle rendait encore impossible la prolongation d'une intervention de réduction chirurgicale, d'autant plus qu'en cas de complications ultérieures, il paraît peu probable que cette malheureuse femme eût pu les surmonter.

*
* *

OBSERVATION XII

Fleurent.

Un cas d'Inversion utérine puerpérale. Taxis. Mort.
(« Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris, 1927,
p. 238-240)

Il s'agit d'une jeune femme de 25 ans, primigeste, habitant un vallon un peu éloigné des Vosges. Elle n'a jamais été malade, sauf une pneumonie à l'âge de dix ans. Réglée à quatorze ans; les époques ont toujours été régulières; dernières époques le 20 janvier 1926.

Au cours de la grossesse, elle vient me consulter au huitième mois; je constate que tout est en ordre. Je ne revois la femme avant le 26 octobre, à une heure du matin, où on me l'amène à l'Hôpital avec le diagnostic: inversion utérine. Voici ce qui s'était passé: l'accouchement avait duré toute la journée du 25; le soir, comme la femme était épuisée, on cherche le médecin qui applique le forceps, et met au monde un enfant vivant de taille et de poids moyen. Pendant que la sage-femme s'oc-

cupe de l'enfant, le médecin, assis à côté de l'accouchée, surveille l'utérus. Après une demi-heure, l'enfant étant baigné et emmailloté, le médecin cède sa place à la sage-femme, tout en ne quittant pas la chambre. Quelques instants plus tard, la sage-femme exprime le placenta par manœuvre externe, mais au même moment, la femme se plaint de ressentir de violentes douleurs dans le bas-ventre, accompagnées d'une forte hémorragie.

Pendant que le médecin prépare sa seringue pour faire une injection d'ergotine, la femme a subitement une syncopé, le pouls est tout petit, filant, les traits sont tirés, la figure angoissée. L'hémorragie ne s'arrêtant pas, le confrère veut faire des messages de l'utérus, mais il n'arrive pas à le sentir de l'extérieur; il pratique alors le toucher vaginal et constate la présence d'une grosse tumeur remplissant le vagin. Il pose le diagnostic d'inversion utérine et essaie de la réduire aussitôt, mais sans succès, il fait un tamponnement vaginal et transporte la femme en auto-ambulance à l'hôpital de Colmar.

A son arrivée, je trouve une personne d'une pâleur de cire, aux muqueuses complètement décolorées, avec un pouls filiforme et des extrémités froides; un état de choc et d'anémie extrême. En cherchant l'utérus par le palper abdominal, je ne le trouve pas; j'enlève le tampon vaginal tout imbibé de sang et derrière lequel il y a de gros caillots; au toucher, je sens le vagin rempli par une tumeur grosse comme un poing, ronde, très molle. Je fais donner quelques gouttes d'éther et arrive facilement à réduire l'inversion; l'utérus, étant mou et inerte, n'oppose aucune résistance et se laisse facilement remettre à sa place. Pendant ce temps, les assistants faisaient une prise de sang au mari et nous pratiquons aussitôt la transfusion du sang citraté. Mais nous avons à peine commencé que la respiration, très superficielle depuis un certain temps, s'arrête et la malade meurt.

Nous n'avons malheureusement pas pu faire l'autopsie.

OBSERVATION XIII

Arrizabalaga (Montevideo)

Inversion utérine post-partum datant de quatre mois.

Laparotomie. Hystérotomie postérieure. Réduction. Guérison.

(« *Anales de la Facultad de Medicina* », mai-juin 1929,

analysé in « Revue Franç. de Gyn. et d'Obst. »,

t. XXV, 1930, p. 584

Il s'agit d'un cas d'inversion utérine presque complète, survenue à la suite d'un accouchement à terme, au cours duquel, on avait exercé des tractions énergiques et répétées sur le cordon pour extraire le placenta.

Quatre mois plus tard, comme la malade continuait à présenter des métrorragies à répétition, avec un mauvais état général, on tenta sans succès la réduction sous anesthésie générale. En présence de cet échec, l'auteur pratique la laparotomie, incise sur la ligne médiane postérieure le bourrelet et la face postérieure de l'utérus, et introduit deux doigts dans la cavité utérine, ce qui lui permet de réduire l'inversion. L'incision de l'utérus est suturée au catgut, en deux plans. Drainage vagino-abdominal. Suites excellentes. Guérison parfaite.

(L.-M. PIERRA, analysit.).

*
**

OBSERVATION XIV

Mauclore (C.).

Utérus puerpéral inversé très friable.

Dangers de la réduction vaginale secondaire

(« *Société Anatomique de Paris* », avril 1922, p. 168)

L'auteur présente à la Société un utérus puerpéral qui était inversé. La malade avait accouché le 11 février dernier; la délivrance fut suivie d'inversion utérine presque complète; la ma-

lade fit une forte infection puerpérale avec fièvre très élevée.

Le 15 mars, la fièvre n'étant plus que très légère, l'auteur pensait utile de réduire l'inversion par la voie vaginale, après un nettoyage prolongé du vagin et de la paroi utérine inversée. Il ne put y réussir. Il fit alors un petit débridement du col en avant, en arrière et sur les côtés, même insuccès.

Il s'est alors décidé à faire la laparotomie pour réduire l'inversion par voie abdominale. Le ventre ouvert, on voyait des ligaments ronds et des ligaments larges enfoncés dans le cône d'inversion. En mettant le doigt dans ce cône, le doigt était assez serré et en faisait sortir du pus venant du tissu utérin. Mauclaire et son aide tirèrent symétriquement, simultanément et doucement sur les ligaments pour réduire l'inversion et la réduction fut obtenue. Mais toute la paroi antérieure de l'utérus se déchira malgré la douceur de la traction et elle fut peut-être amorcée par le débridement vaginal antérieur du col. L'utérus était tellement mou que l'auteur pensa que cette déchirure se serait produite également s'il avait réduit l'inversion par la voie vaginale. Il mit de la teinture d'iode sur les bords de la déchirure et il fit l'hystérectomie abdominale totale. Guérison régulière. Des coupes de cet utérus ont été faites par M^{lle} Lachewski. On y voit une infiltration lymphoïde abondante dans la muqueuse et dans la musculuse et pas spécialement périvasculaire.



OBSERVATION XV

M. Léon Vallois rapporte 3 cas d'inversion utérine puerpérale
(« Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris », 1927)

J'ai observé le premier cas en août 1894, dans la clientèle d'une sage-femme, et je l'ai publié à cette époque dans les « Archives de Tocologie ». Arrivé une demi-heure après l'apparition des accidents, en recourant au taxis par refoulement périphérique, j'ai pu réduire l'inversion de l'utérus, qui, complètement retourné, était entre les cuisses de la femme.

Quoique le placenta eût été enlevé, la face utérine ne saignait pour ainsi dire pas, et ce qui dominait la scène était les phénomènes de shock. La réduction fut relativement facile. Mais, après réduction, le fond utérin tendant à s'inverser de nouveau, je tamponnais l'utérus avec une longue bande de gaze iodoformée. La femme ne tarda pas à se remonter et à se remettre complètement.

Le deuxième cas d'inversion que j'ai observé date d'une quinzaine d'années environ.

Je fus appelé par téléphone dans une petite ville voisine par un confrère, qui ne comprenait pas comment une femme, qu'il avait accouchée depuis plusieurs heures, présentait des phénomènes de shock avec tendance à la syncope, quoiqu'il ne constatât aucune hémorragie. Ce confrère, qui, cependant, est un médecin instruit, avait méconnu l'inversion quoique l'utérus, complètement retourné, fut descendu dans le vagin. Sans grande difficulté, je pus réduire cette inversion, qui n'eut plus de tendance à se reproduire. Les phénomènes de shock disparurent, mais j'ai appris que la femme avait succombé plus tard à la suite d'accidents infectieux.

Enfin, le troisième cas se rapporte à une personne qui fut amenée dans mon service le 28 février 1915, quatre jours après son accouchement. Elle avait été assistée par une matrone, qui, après l'expulsion de l'enfant, aurait pendant plusieurs heures frictionné la matrice et exercé des tractions sur le cordon sans obtenir d'autre résultat que de faire souffrir l'accouchée.

Celle-ci avait expulsé des caillots et présenté des bourdonnements d'oreilles, des troubles de la vue. Enfin, une sage-femme appelée aurait, elle aussi, tiré sur le cordon et aurait dit à la femme de faire des efforts d'expulsion. A un moment donné, l'accouchée aurait éprouvé une douleur très vive et en même temps la sensation que quelque chose tendait à sortir des parties génitales. La sage-femme aurait extrait le placenta et pensé à l'existence d'une inversion, qu'elle aurait essayé de réduire, mais sans résultat. Ce ne fut que trois jours après l'accouchement qu'un médecin, enfin appelé, aurait sondé la malade qui n'avait uriné depuis l'accouchement, et, en l'exa-

minant, aurait trouvé dans le vagin l'utérus inversé, ce qui aurait immédiatement décidé le transfert de la femme à la Maternité de Montpellier. A son arrivée, on constate un état général mauvais. Pouls: 144. Température: 39°2. De la vulve se dégageait une odeur extrêmement fétide. L'utérus, complètement inversé, était dans le vagin. Une tentative de réduction fut pratiquée sans résultat. En raison des signes d'infection grave et peut-être de sphacèle, il parut indiqué de ne pas insister et de procéder à une hystérectomie vaginale, qui fut pratiquée sans difficultés sérieuses. La malade a fini par guérir, mais après avoir présenté une série d'accidents: une escharre sacrée très étendue avec décollement de la peau, une phlegmatia des deux membres inférieurs, enfin un érysipèle de la face.

*
* *

OBSERVATION XVI

Giovanni Albano

*Sul inversione puerpérale del l'utero,
contributo statistico-clinico ed etio-patogenetico*

(In « *Annali di Ostetricia et Ginecologia* », 2 février 1923,
pp. 94-120, avec bibliographie de 89 travaux)

L'auteur rapporte six observations inédites d'inversion utérine.

Observation I (1922):

Primipare de 27 ans. Accouche spontanément d'un fœtus vivant. La délivrance tardant à se produire, la parturiente est invitée à pousser, par la sage-femme; à la suite des efforts, il se produit une hémorragie importante. Au moment de la délivrance, la femme est prise de douleurs vives dans l'abdomen, de vomissements, tombe en syncope d'où on la réveille par huile camphrée et éther.

Le premier jour du puerperium, la malade a une hémorragie importante; on fait un tamponnement vaginal, qui est laissé 12 heures en place. Ce jour-là et le jour suivant, il est effectué un lavage au sublimé sur les conseils d'un médecin.

Le troisième jour de la maladie, fièvre élevée. A l'examen, on trouve une déchirure récente du périnée, et il apparaît à la vulve, le fond de l'utérus. Il s'agit d'une inversion complète. Dix jours plus tard environ, Pestalozza intervient.

Anesthésie au chloroforme. On essaye d'abord de réduire l'utérus inversé au moyen du taxis sur le fond (taxis central), mais on ne peut y réussir, et la minceur de la paroi utérine fait craindre une rupture. On se met alors à exercer une pression au niveau de l'angle tubaire gauche, et on réussit ainsi à faire rentrer graduellement l'utérus jusqu'à l'obtention de la réduction complète. Tamponnement vaginal à la gaze stérile.

Vingt jours plus tard, le col de l'utérus est reconstitué; l'orifice interne est fermé; le corps a normalement accompli son involution; il est en rétroversion peu mobile et légèrement douloureux. Les paramètres sont libres, les annexes sains.

Observation II (1908):

Placenta très adhérent, il est nécessaire de faire une compression assez forte de l'utérus, des massages. Début d'inversion. Réduction facile. Guérison.

Observation III (1908):

La délivrance ne se faisant pas, on tente, par quelques manœuvres à la Crédé, de favoriser l'expulsion du placenta. La main abdominale qui palpe l'utérus s'aperçoit que le segment postérieur gauche de l'utérus ne se contracte pas et tend à s'effondrer en écuelle. Hémorragie persistante. En raison de cette hémorragie, on se décide à pratiquer une délivrance artificielle. La main constate un début d'invagination de la paroi utérine du segment postérieur gauche, à laquelle adhère fortement le placenta, qui ne peut en être séparé qu'avec une extrême difficulté. On arrive à réduire. Guérison.

Observation IV (1908):

Primipare de 21 ans. Assistée d'une sage-femme. Après l'expulsion du fœtus, l'utérus se contracte, mais commence à se relâcher, au bout d'une demi-heure. La sage-femme exerce une pression sur le fond utérin et des tractions sur le cordon, plu-

sieurs fois, mais au bout d'une heure, une grosse hémorragie l'oblige à faire appel à l'interne de garde.

La femme est en état d'anémie aiguë; l'utérus flasque; l'hémorragie continue. On pose le diagnostic d'hémorragie grave par atonie de la délivrance retardée.

On pratique un massage de l'utérus, qui commence à se contracter. On exerce alors une pression énergique suivant Crédé, qui a pour effet de déterminer une inversion partielle de l'utérus. On s'arrête aussitôt et on demande à la femme de ne plus pousser, mais elle continue à le faire et l'inversion devient totale. Le taxis permit d'obtenir la réduction complète. Guérison.

Observation V:

Primipare de 24 ans.

Retard de la délivrance; traction sur le cordon, pression sur le fond. Hémorragie, anémie grave, état de shock nerveux.

Inversion complète de l'utérus, avec placenta encore adhérent.

Réduction de l'utérus, détachement et extraction manuelle du placenta, suivie de tamponnement intra-utérin. Injections toniques, sérum sous-cutané, antotransfusion. Mort par anémie et shock.

Observation VI:

Femme, 21 ans, amenée en état d'anémie aiguë, après grave hémorragie et inversion utérine aiguë complète après accouchement.

La femme, envoyée par le médecin, qui a partiellement réduit: 2° degré.

Peu de temps après l'arrivée dans le service, avant tentative de réduction, la malade succombe.

Autopsie: utérus inversé normal.

OBSERVATION XVII

David Nye Barrow.

*The Treatment of recent puerperal inversion of the uterus,
with a report of five cases*

(In « *American Journal of obstetrics and Gynecology* »,
t. XXVII, 1934, p. 105-108).

(Traduction: Quatre cas d'inversion récente.)

Observation I:

Mrs. B. S., 18 ans, entre dans le Service de gynécologie de l'auteur, le 25 février 1924, pour hémorragie vaginale.

Elle raconte l'histoire d'un travail aisé de sept heures, deux mois et demi auparavant, dans un autre hôpital; mais il fallut, après la délivrance, lui faire deux transfusions de sang.

Deux mois après, elle eut une hémorragie abondante durant deux heures, avec nombreux caillots.

A l'Hôpital de Jersey-City on lui découvrit une inversion complète de l'utérus que l'on n'est pas parvenu à réduire.

Pendant trois semaines, Barrows s'est occupé de remonter la malade, en même temps qu'on la préparait à l'intervention par des lavages et des tamponnements. A un examen pratiqué dans le but de voir si la malade était prête à l'opération; on s'est aperçu que l'utérus était spontanément réduit et se trouvait même en rétroversion; l'orifice du col était légèrement dilaté et admettait l'index. Cette guérison s'est maintenue.

Observation II:

Femme de 25 ans, troisième-ipare. L'inversion utérine se produisit une trentaine de minutes après l'accouchement, suivant une délivrance spontanée, sans aucune traction sur le cordon. Etat de shock qui fut immédiatement traité. Mais le placenta et les membranes restaient attachées fortement au fond utérin, et il fut très difficile de les en séparer comme si l'adhérence était purement fibreuse. Tamponnement vaginal.

Dix jours plus tard, on pratique une *opération de Spinelli*. La réaction post-opératoire fut très intense. La convalescence

fut prolongée par un hématome pelvien, une phlébite et une embolie pulmonaire.

La malade revient deux ans plus tard, sur le point d'accoucher, en état de travail. Elle accoucha après douze heures et demie d'un travail modéré. La délivrance fut aisée et l'on n'employa pas la méthode Crédé, le placenta étant sorti spontanément, dans sa totalité.

La malade s'était plaint de douleurs pendant tout le cours du travail, sur le côté gauche de sa matrice, et il avait fallu la calmer par des injections de morphine. Elle continua à souffrir après l'accouchement, et trois heures plus tard, elle tomba dans un état de shock avec un pouls à 160 et une respiration à 42. Il n'y avait pas d'hémorragie vaginale. Quatre heures plus tard, on pensa à une rupture de la paroi utérine et l'on entreprit une hystérectomie sur indication vitale ; l'utérus était rupturé au niveau de la moitié supérieure de l'incision de Spinelli. Malgré les transfusions de sang, la malade succomba : péritonite adhésive prononcée, rupture de la paroi utérine au niveau du Spinelli, décalcification au niveau de la cicatrice faite lors de ce mode d'intervention montrant qu'il y avait eu une infection à ce niveau près la première opération.

Observation III:

Mrs. E. B., 16 ans, primipare, entre dans le service pour hémorragie vaginale, durant depuis un mois, survenue après accouchement. On trouve une inversion complète de l'utérus et la malade, très anémiée, est mise au repos pendant cinq semaines, durant lesquelles on remonte son état général. On pratique alors un *Spinelli*. Guérison. On trouve ultérieurement une légère tendance à la rétroversion.

Observation IV:

Mrs. M. P., 34 ans. La malade est amenée en état de shock avec une histoire d'hémorragie post-partum survenue après un accouchement normal à terme, après un travail de deux jours.

La délivrance fut effectuée par la méthode de Crédé avec une tension modérée sur le cordon: hémorragie considérable, syncope. Traitement immédiat du shock on néglige pour l'instant l'inversion utérine.

Cinq semaines et demi plus tard, l'état général de la malade étant suffisamment amélioré, on décide l'intervention. Dans l'intervalle, la malade avait reçu localement des douches de permanganate, des instillations de mercurochrome et chaque jour des tampons glycérinés suivant l'habitude des auteurs.

A la laparotomie on rencontre l'apparence typique d'une inversion complète de l'utérus, lequel était bien involutionné. Réduction facile. Hystéropexie.

*
**

OBSERVATION XVIII

Fr. C. Irving et Foster S. Kellog.

*Two additional cases of acute puerperal inversion
of the uterus treated by abdominal replacement.*

(« *Amerc. Journ. of Obstetric and Gynecology* », t. XXII,
1931, p. 440-441)

Les auteurs ont déjà rapporté antérieurement cinq observations de reposition par la voie abdominale d'utérus inversé post-partum, sans mortalité (Huntington, Irving and Kellog, « *Amer. Journ. Obst. and Gyn.* », 15, p. 34, 1928) et classé les indications du traitement (Kellog, « *Amer. Journ. Obst. and Gynec.* », 18, p. 815, 1929).

Observation I (6^e des auteurs), (Irving).

Primipare au travail, forceps après épisiotomie médiane. Du méconium dans le liquide amniotique. Le placenta et les membranes sont délivrés 22 minutes après l'extraction du fœtus, suivant un Crédé modéré. Il ne fut pas exercé plus de pression qu'avec les autres malades habituelles.

Hémorragie; inversion complète.

En raison de la baisse de la tension, on donne 800 cc. de sérum physiologique.

On lave le vagin après examen, avec 3.000 cc. de solution physiologique et 100 cc. d'alcool à 70 %. Laparotomie immédiatement après et transfusion. Sans anesthésie, l'abdomen est

ouvert; l'utérus est trouvé inversé. Il est remis en place par la technique habituelle. Fermeture de l'abdomen sans drainage. Nouvelle transfusion de 500 cc. de sang citraté. Guérison sans troubles fonctionnels.

Observation II (7^e des auteurs), (Kellog):

Primipare. Durée du travail: 9 heures. La tête est délivrée par pression sur le fond de l'utérus. Circulaire du cordon, semblant être très court. L'enfant respire immédiatement.

Le placenta est exprimé suivant séparation, neuf minutes après la délivrance de l'enfant. A l'enlèvement du placenta, l'utérus semble projeté dans le vagin, relâché et en inversion complète. La contraction du col empêche la réduction manuelle. Hémorragie abondante. Tamponnement du vagin.

Intervention immédiate : une heure après l'inversion; incision médiane sous-ombilicale. On trouve l'utérus partiellement inversé avec trompes et ovaires entraînées dans l'entonnoir d'inversion. L'inversion est réduite avec le forceps d'Ellis suivant la technique habituelle. L'utérus, qui était pâle au début de l'intervention, reprend sa couleur normale immédiatement après sa reposition. Fermeture de l'abdomen sans drainage.

En raison de l'état de shock de la malade, déjà marqué avant l'intervention, transfusion de 500 cc. de sang citraté. L'intervention a duré 23 minutes. Guérison.

Dans les sept cas consécutifs d'inversion aiguë puerpérale observés par les auteurs, il s'est agi dans cinq cas de *primipares*. Les auteurs sont très frappés par la simplicité et les bons résultats de la reposition abdominale.

OBSERVATION XIX

Dupont (Robert).

Un cas d'inversion utérine datant de quatre mois.

Hystérectomie abdominale.

(« Société d'Obst. et de Gynéc. de Paris », décembre 1927

in « Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris », 1927)

analysé in « Revue Française de Gyn. et d'Obst. »,

t. XXV, 1930, p. 583.

Analyse:

Dans le cas rapporté, l'inversion utérine datait de 4 mois. Dupont a été appelé d'urgence auprès de cette malade, qui présentait des hémorragies formidables depuis un accouchement survenu quatre mois auparavant, avec forceps, et délivrance normale. La réduction fut impossible et l'auteur pratiqua une hystérectomie abdominale après avoir remonté la malade pendant trois jours tout d'abord, par une transfusion.

La pièce permet de constater que l'anneau enserrant l'utérus est extrêmement serré; d'autre part, les feuilletts péritonéaux de la face abdominale de l'utérus sont soudés entre eux, ce qui explique l'impossibilité absolue de la réduction.

*
* *

OBSERVATION XX

Jahier.

*A propos d'un cas d'inversion utérine complète,
survenue au troisième jour des suites de couche,*

(In « Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst. », 1930, t. XXV,

p. 426-429).

(Travail fait chez P. Laffont)

M^{me} X., secondipare, de 28 ans, accouche spontanément le lundi à 1 heure, d'un enfant bien conformé, dans un délai court (4 heures). Il n'y eut ni circulaire cervical, ni tractions

sur le cordon. La délivrance fut spontanée (même pas d'effort d'expression) aux dires de la sage-femme et de la famille.

Dès la sortie du délivre se produit une hémorragie assez importante, qui cède à l'injection de 1 gr. d'ergotine.

Peu après apparaissent des tranchées intenses très douloureuses. Une légère expression ne provoque pas la sortie des caillots. Nous administrons du laudanum, du viburnum et, à l'aide de quelques piqûres, nous relevons l'état général, sérum, huile camphrée. La douleur va alors en diminuant d'intensité et de fréquence en même temps que l'état général s'améliore, que la malade s'alimente et la température s'élève à 37° 9 le lundi soir, à 38° 1 le mardi matin et à 38° 6 le mardi soir. Nous revoyons la malade à ce moment. L'utérus est gros, dépasse l'ombilic, reste dur et se contracte douloureusement dès qu'on le palpe.

En raison de l'élévation de température et du volume de l'utérus, nous envisageons pour le lendemain la possibilité d'une revision nouvelle de l'utérus. Dans la nuit, la malade éprouve le besoin d'aller à selle; elle fait de violents efforts de défécation et ressent brusquement dans l'abdomen une douleur atroce, qui lui fait perdre momentanément conscience (mercredi, 2 heures).

Nous voyons la malade à 8 heures et sommes frappés d'emblée de l'altération de son état général, son faciès est décomposé, le pouls est à 140, elle n'a pas saigné. A l'examen et au palper, on constate que le globe de sûreté a disparu. Nous vérifions immédiatement le diagnostic d'inversion utérine par le toucher: l'inversion est complète. La malade est alors transportée à la maison de santé où, pendant deux heures, elle reçoit, pour remonter son état de choc, du sérum adrénaliné intraveineux, de la coramine, de la caféine, de la strychnine, sans grand résultat.

A 10 heures, elle est opérée par le Professeur Laffont, avec notre aide, sous anesthésie très légère à l'éther, et après désinfection minutieuse de toute la région, les manœuvres de réduction manuelle sont tentées.

C'est tout d'abord le taxis périphérique commencé, comme le recommande Bar, par la portion antérieure, qu'il estime

moins inversée, parce que maintenue par les ligaments utéro-ovariens. A plusieurs reprises, cette manœuvre semble devoir donner des résultats; mais la partie réduite revient sans cesse en mauvaise position.

M. Laffont se décide alors à pratiquer l'hystérectomie vaginale par section médiane, en laissant à demeure les pinces à hémostase. Malgré la rapidité de l'intervention et les moyens thérapeutiques utilisés, la malade meurt peu après.

L'examen de la pièce montre que l'insertion placentaire était à la face postérieure de l'utérus, et que tout l'organe était infiltré, turgescant, mais sans trace de tumeur quelconque.

CONCLUSIONS

1° Nous distinguerons, au point de vue clinique et thérapeutique, trois formes d'inversion utérine d'origine puerpérale : l'inversion aiguë, l'inversion récente qui date de quelques heures ou de quelques jours et l'inversion chronique ou ancienne.

2° La réduction manuelle réussit généralement dans les cas d'inversion aiguë; la manœuvre de choix, pour la réduction, est le *taxis périphérique*. On doit toujours d'essayer immédiatement. Elle sera tentée dans les cas d'inversion récente et ancienne, sans succès le plus souvent.

3° Les *procédés chirurgicaux conservateurs par voie vaginale* : colpo-hystérotomie antérieure et postérieure sont les procédés de choix pour réduire les cas d'inversion récente et chronique; la préférence étant donnée à la colpo-hystérotomie postérieure (procédé de Küstner-Piccoli-Duret).

4° Les *procédés d'hystérectomie* ne sont justifiés que devant l'infection, le sphacèle, la gangrène de l'utérus ou l'insuccès des méthodes précédentes.

5° Le *traitement prophylactique* dont l'application explique la rareté de l'inversion dans les cliniques et les hôpitaux, con-

sistera à pratiquer correctement la délivrance, c'est-à-dire : attendre le décollement complet et la descente du placenta avant d'opérer son expulsion.

On proscrira absolument les tractions sur le cordon et la méthode de Credé.

Vu : Bon à imprimer.

Le Président :

M. ANDERODIAS.

Vu : *Le Doyen,*

PIERRE MAURIAC.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 27 novembre 1935.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBANNO (Giovanni). — Sul inversion puerperale dell' utero, contributo statistico-clinico ed etio-pathogenetico (in *Annali di Obstetrica et Ginecologia*, 28 février 1923, p. 94-120).
- ANDÉRODIAS. — *Bulletin de la Soc. d'Obstétrique de Paris*, février 1903.
- Inversion utérine après la délivrance (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1922).
- ARRIZABALAGA. — *Annales de la Faculté de Médecine de Montevideo*, mai-juin 1929 (analysé in *Revue Franç. de Gyn. et d'Obst.*, t. XXV, 1930, p. 584).
- BAR (P.). — Remarques sur l'inversion utérine; de la mort subite dans l'inversion utérine; les ligaments d'arrêt dans l'inversion utérine; de la réduction de l'utérus inversé (*Bulletin de la Soc. d'Obst. de Paris*, t. V, 1902, p. 2).
- L'inversion utérine (Revue générale de clinique et de thérapeutique, *Journal des Praticiens*, n° 21, 1911, p. 321).
- BÉGOUIN et PÉRY. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1920.
- BLANC et WIESS. — Deux cas d'inversion utérine obstétricale chronique traités par la colpo-hystérotomie postérieure (opération de Duret), (in Wiess, thèse de Lyon, n° 87, 1911, p. 29 et 31).
- BONTE. — L'inversion utérine irréductible: nouveau procédé de traitement chirurgical conservateur (colpo-hystérotomie postérieure), thèse, Paris, 1900.

- BUMM (E.). — *Précis d'Obstétrique en 28 leçons* (édition française).
- CABANES (E.). — *Société d'Obst. et de Gynécologie d'Alger*, 1934.
- COLL DE CARRÉRA (J.). — Un cas d'inversion utérine puerpérale (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1927, p. 482-84).
- COMMANDEUR (M.). — Article inversion utérine, in Bar, Brindeau et Chambrelent: *La Pratique de l'Art des Accouchement*, Paris, t. I, p. 426).
- COURTY. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1925, p. 154).
- DAUTIN. — *Gynécologie et Obstétrique*, t. VI, 1922, p. 310.
- DAVID NYE BARROWS. — The Treatment of recent puerperal inversion of the uterus, with a report of fives cases, in *Amér. Journ. of Obstetrics and Gynecology*, t. XXVII, 1934, p. 105-108).
- DELBET (P.). — Inversion utérine in S. Duplay et P. Recius (*Traité de Chirurgie*, p. 257).
- DENUCE (P.). — *Traité clinique de l'inversion utérine*, Paris, 1883.
- DUPONT (R.). — Un cas d'inversion utérine datant de quatre mois; hystérectomie abdominale (*Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1927, p. 704).
- DURET (H.). — Des causes d'irréductibilité dans l'inversion utérine et leur traitement. Nouveau procédé opératoire (*Journ. des Sc. Médic. de Lille*, n° 28, juillet 1898, p. 25; in thèse Bonte, Paris, 1900).
- FAUGÈRE. — *Bulletin de la Société d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1924, p. 256.
- FAURE (J.-L.) et SIRFDEY. — *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale*.
- FLEURENT. — *Bulletin de la Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1927, p. 238-240).
- FRESSON. — Thèse, Paris, 1902.
- FRITSH. — *Zentralb. f. Gynék.*, 1909, p. 427.
- GUYOT et PÉRY. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1922.

- HARTMANN (H.). — *Gynécologie opératoire*, Paris, 1933.
- IRVING et FOSTER S. KELLOG. — Two additionnal cases of acute puerperal inversion of the uterus treated by abdominal replacement (*Amér. Journ. of Obst. and Gynécology*, t. XXII, 1931, p. 440-441).
- JAHIER et LAFFONT. — A propos d'un cas d'inversion utérine complète survenue au troisième jour des suites de couches (in *Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst.*, 1930, t. XXV, p. 426-429).
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEN. — *Traité médico-chirurgical de Gynécologie*.
- MAUCLAIRE (C.). — *Société anatomique de Paris*, 1922, p. 168.
- MICHEL (G.) et VERMELIN (H.). — *Bulletin de la Société d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1927, p. 178.
- OUI. — Intervention chirurgicale dans un cas d'inversion utérine datant de cinq mois (Comm. au XIII^e Congrès des sciences médicales, Paris, 1900, *Annales de Gyn. et d'Obst.*, t. LIV, 1900, p. 121).
- Traitement de l'inversion utérine (inversion ancienne, d'origine puerpérale, inversion polypeuse), Congrès de Gyn., d'Obst. et de Pédiatrie, Nantes, 1901. *Annales de Gyn. et d'Obst.*, t. LVI, 1901, p. 365 et 385.
- PALMER FINDLEY. — Acute puerperal inversion of the uterus, in *Am. Journ. of Obst. and Gynec.*, t. XIX, 1929, p. 587-591.
- PÉRY. — Inversion utérine réduite par le ballon de Champetier de Ribes, *Bulletin de la Société d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1926, p. 447.
- PINARD (A.). — Inversion utérine irréductible d'origine puerpérale (*Soc. d'Obst. de Gyn. et de Pédiatrie de Paris*, 13 mai 1901; *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, t. LVI, 1901, p. 241).
- Inversion utérine. Réduction à l'aide du ballon de Champetier de Ribes. Guérison. (*Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pédiatrie de Paris*, 13 mai 1901; *Annales de Gyn. et d'Obst.*, t. LVI, 1901, p. 244).
- Des opérations conservatrices dans la cure de l'inversion utérine (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, avril 1902, p. 345).

— Un cinquième cas d'inversion utérine traité avec succès par l'application du ballon de Champetier de Ribes, gonflé avec de l'air. Rapport sur un travail du docteur Mantel. (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, mai 1906, p. 257-260).

POZZI. — *Traité de Gynécologie*.

RIBEMONT, DESSAIGNES et LEPAGE. — Article: inversion de l'utérus (*Précis d'Obstétrique*).

SOTROPAS (G.). — *Soc. Médico-Chirurgicale d'Athènes*, 5 mars 1928, analysé in *Rev. Franç. de Gynéc. et d'Obst.*, t. XXV, 1930, p. 583).

SPINELLI (G.-P.). — Cure chirurgicale conservatrice de l'inversion chronique de la matrice (Communication au XIII^e Congrès international des sciences médicales, Paris 1900; *Annales de Gyn. et d'Obst.*, t. LIV, 1900, p. 195).

STOMATOPOULOS. — Nouveau procédé d'hystérectomie dans l'inversion utérine post-partum ou par fibrome (in *Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1928, p. 558-559).

THORN (W.). — Zur operativen Heilung der Inversio uteri nebst einigen Bemerkungen, zuhrer. Ätiologie und forensischer Bedeutung (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1900, n° 25, p. 856).

— Zur Inversio uteri (*Saammlung Klinischer Vorträge*, Leipzig, 1911).

JOHN A. URNER. — The use of adrenalin in the treatment of acute inversion of the puerperal uterus, with report of a case (*Ann. Journ. of Obstetrics and Gyn.*, t. XXV, n° 1, janv. 1933), analysé in *Gyn. et Obst.*, 1934, t. XXX, p. 186.

VADON. — Thèse, Lyon, 1921.

VALLOIS (Léon). — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1927.

WEISS (M.). — Colpo-hystérotomie postérieure dans le traitement de l'inversion utérine chronique d'origine puerpérale (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, n° 3, mars 1912, p. 272).

